

# Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp

## SLUTTRAPPORT



SINTEF Fag

Line Melby, Gro Ulset, Veronika Paulsen, Solvår Wågø,  
Karin Høyland og Jannike Kaasbøll

**Nytt institusjonstilbud for barn og unge  
med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet  
og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp**

Sluttrapport

SINTEF akademisk forlag

SINTEF Fag 66

Line Melby, Gro Ulset, Veronika Paulsen, Solvår Wågø, Karin Høyland og  
Jannike Kaasbøll

**Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig  
omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk  
helsehjelp  
Sluttrapport**

Emneord: barnevern, psykisk helse, barn og unge, institusjon, bolig og  
hjemlighet, integrert tjenestetilbud, implementering, følgeforskning

Prosjektnummer: 102017966

ISSN 1894-2466

ISBN 978-82-536-1665-0

Foto forside: James Coleman @jhc på Unsplash

Andre foto: Bodø og Lunde behandlingssentre, samt Solvår Wågø og  
Karin Høyland, SINTEF Community.

© Copyright SINTEF akademisk forlag 2020

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten  
særskilt avtale med SINTEF akademisk forlag er enhver eksemplarframstilling og  
tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom  
avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning,  
og kan straffes med bøter eller fengsel.

SINTEF akademisk forlag  
SINTEF Community  
Børrestuveien 3  
Postboks 124 Blindern  
0314 OSLO  
Tlf.: 40 00 51 00

[www.sintef.no/community](http://www.sintef.no/community)  
[www.sintefbok.no](http://www.sintefbok.no)

## Forord

I dette prosjektet har vi fulgt Bodø- og Lunde behandlingssentre i en periode på drøye ett og et halvt år der institusjonene prøver ut en ny samhandlingsmodell hvor helse og barnevern skal jobbe under samme tak, på en integrert måte. For oss forskere har dette vært et viktig og spennende, men også krevende oppdrag. Det har vært viktig og spennende fordi vi oppriktig ser behovet for nye måter å hjelpe barn og unge som har behov for både psykisk helsehjelp og langvarig omsorg fra barnevernet. Pilotprosjektet representerer dermed et nødvendig tilskudd i utviklingen av samhandlingsmodeller for denne målgruppa. Samtidig har det vært krevende fordi vi har møtt mange motstridende erfaringer med modellen og tilbudet. I rapporten har vi etter beste evne forsøkt å være balanserte, slik at alles stemmer skal komme til uttrykk. Vi håper at rapporten gir et bidrag i utviklingen av samhandlingsmodeller mellom barnevern og helse.

Følgeforskningsprosjektet har vært gjennomført av en tverrfaglig forskergruppe fra SINTEF Digital avd. Helse og SINTEF Community, samt NTNU Samfunnsforskning. Vi vil takke for et godt samarbeid med oppdragsgiver, Bufdir. Våre kontaktpersoner der har vært Helene Vedeld, Gro Knutsen og Sissel Bye Ytterborg. I tillegg har Jin Marte Øvreeide fra Helsedirektoratet gitt gode innspill. Videre vil vi takke ledere og ansatte ved institusjonene som har stilt opp på intervju og sendt oss en mengde dokumenter og skriftlige materiale. Sist, men ikke minst skal ungdommene som stilte opp på intervju og delte sine erfaringer, ha en stor takk.

På vegne av prosjektgruppa,

Trondheim, mai 2020

Line Melby  
Prosjektleder  
SINTEF Digital, avd. Helse

Veronika Paulsen  
Forskningsleder  
NTNU samfunnsforskning

Solvår Wågø  
Forsker  
SINTEF Community

## Sammendrag

### Bakgrunn, mål og problemstillinger

Opprettelsen av pilotprosjektet "Nytt institusjonstilbud" har sin bakgrunn i et ønske om å bedre den psykiske helsehjelpen til barn og unge i barnevernet. Det er godt dokumentert at barn og unge i barnevernet har høy forekomst av psykiske lidelser. Samtidig tyder forskning på at helsetilbudet til denne gruppa er utilstrekkelig. I følgeforskningsprosjektet som vi her oppsummerer resultater fra, har vi fulgt de to pilotinstitusjonene Bodø behandlingssenter og Lunde behandlingssenter i perioden oktober 2018 til februar 2020.

Det **overordnede målet** med prosjektet har vært å innhente kunnskap og erfaringer, og å evaluere etablering og drift av pilotinstitusjonene som prøver ut den integrerte modellen der omsorg og behandling for psykiske vansker gis samtidig. I den første delen av prosjektet undersøkte vi "pre-implementeringsfasen" og gjorde en vurdering av i hvilken grad grunnlaget for etablering av de to institusjonene var tilstrekkelig for å sikre en god implementering og påfølgende drift. I den siste delen av prosjektet har vi jobbet med tre hovedproblemstillinger:

- I hvilken grad er det samsvar mellom føringer gitt av nasjonalt prosjekt og dagens praksis i institusjonene?
- Hva er ungdommenes erfaringer med å bo og få behandling ved Bodø eller Lunde behandlingssenter?
- Hva slags eventuelle forskjeller med hensyn til implementering og drift fins det mellom de to institusjonene?

I sluttrapporten bruker vi kunnskapen vi har fått gjennom hele prosjektperioden av følgeforskningsprosjektet til å forstå og fortolke erfaringer med institusjonene i drift. Funn fra delrapport 1 blir kort presentert i kapittel 2, men for mer detaljert innsikt viser vi til selve delrapport 1 [1].

### Teoretiske perspektiver og forskning på feltet

Følgeforskningsprosjektet skal belyse flere komplekse forhold knyttet til integrering og implementering av helse- og barnevernstjenester. Vi støtter oss derfor til forskning på samhandlingsmodeller mellom barnevern og helse, fysiske omgivers betydning for omsorg og behandling, samt forskning på implementeringsprosesser.

### Metode og materiale

Prosjektet har vært definert som et følgeforskningsprosjekt, hvilket betyr at vi har gitt innspill til oppdragsgiver underveis i prosjektperioden, både skriftlig og muntlig. I den første delen av prosjektet gjorde vi en dokumentanalyse av tekstmateriale som belyser grunnlaget og planlegging av det nye institusjonstilbudet. Det resulterte i delrapport 1 (februar 2019). Datagrunnlaget for delrapport 1 var altså offentlige dokumenter, beskrivelser av samhandlingsmodeller og ikke minst rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa som beskriver hvordan det nye tilbudet skal se ut. I tillegg gjorde vi intervjuer med nøkkelinformanter tilknyttet de to pilotinstitusjonene og noen medlemmer i den nasjonale prosjektgruppa.

I del to av prosjektet har vi intervjuet ansatte ved Lunde og Bodø behandlingssentre i to omganger (mai 2019 og januar–februar 2020). Videre har vi intervjuet ungdommer ved de to institusjonene. Til sammen har dette gitt oss mye kunnskap om hvordan ansatte og ungdom



erfarer tilbudet. I tillegg har vi fått tilgang til dokumentasjon omkring ungdommene, blant annet inntakspapirer og planer underveis i oppholdet. Dokumentasjonen er analysert med henblikk på å få vite mer om *hvem* ungdomsgruppa ved pilotinstitusjonene er og hvordan det går med dem underveis i oppholdet. Vi har også foretatt en befaring på begge institusjonene, der erfaringene med bygninger og omgivelser er drøftet. Begge pilotinstitusjonene er ombygninger av tidligere institusjoner.

## **Resultater**

### **Ansattes erfaringer**

#### **Målgruppe og inntak**

##### ***I hvilken grad samsvarer ungdommene som bor eller har bodd ved institusjonene, den anbefalte målgruppa?***

Blant de første ungdommene som ble tatt inn ved Bodø og Lunde behandlingssentre var det noen som var utenfor målgruppa. I dag praktiseres inntakskriteriene strammere, og de som tas inn i dag, samsvarer med den definerte målgruppa. Intervjuene med ansatte tyder på at måten inntaket gjennomføres på, er svært viktig. Modellen passer ikke for alle ungdommer, mener ansatte. Derfor er det nødvendig å ha samtaler med dem i forkant, forklare hva som ligger i modellen, og få en forståelse for om ungdommen er villig til å gjøre den store innsatsen som kreves. Ungdommer utenfor målgruppa skaper ekstra uro i institusjonen og kan påvirke andre ungdommer i negativ retning. Man bør videre se inntak av nye ungdommer opp mot de som allerede bor der, for å minimere risikoen for smitteeffekt. Man bør heller ikke ha for mange ungdommer med samme utfordringsbilde under samme tak. I tillegg gjør institusjonene risikovurderinger av ungdomsgruppa for å kunne sette inn tiltak for å forhindre at uheldig atferd sprer seg.

#### **Målsetning**

##### ***Hvordan virkeliggjøres intensjonen om at institusjonsoppholdet skal være "noe mer og noe annet" enn at ungdommene skal få helsehjelp poliklinisk? Og hvordan stiller ansatte seg til at oppholdet skal ha en "igangsettende" karakter?***

Ansatte er omforent om at oppholdet skal ha en igangsettende karakter. Det er ikke slik at ungdommene blir friske etter å ha vært på Bodø eller Lunde behandlingssenter, men de skal ha fått verktøy som de kan bruke for å hankses med vanskelige situasjoner og uhensiktsmessige reaksjonsmønstre når de kommer ut "i det virkelige livet". Kort sagt skal de ha lært seg et sett med ferdigheter som vil hjelpe dem etter utflytting.

#### **Botid/oppholdstid**

##### ***Hvor lenge bor ungdommene på Bodø og Lunde behandlingssenter? Og hvilke erfaringer har man med oppholdstid?***

Den anbefalte oppholdstiden på 6-9 måneder blir i liten grad overholdt. Det skyldes i all hovedsak at det ikke fins noe tilbud som ungdommen kan skrives ut til. Det er en stor – og velkjent – utfordring å finne et egnet fosterhjem eller annet tilbud til ungdommene. Den lange oppholds-/behandlingstiden ser ikke ut til å være gunstig for ungdommene. Begge pilotinstitusjonene har erfart at ungdommene blir slitne og lei av den intensive behandlingen ettersom tiden går, og det kan se ut som motivasjonen for endring og den psykiske helsen faktisk svekker seg når behandlingsopplegget varer for lenge.

Institusjonene argumenterer videre for at ungdom som vet hvor de skal etterpå, i mye større grad profiterer på behandlingen enn de som ikke vet det. Ungdommene vil oppleve større trygghet hvis de vet hvor de skal bo etterpå, og man kan også involvere for eksempel fosterforeldre i behandlingsopplegget. For å sikre et godt tilbud til ungdommene og "riktig" utflyttingstidspunkt er det derfor svært viktig med et tett og godt samarbeid med barnevern-tjenesten underveis i hele forløpet.

### **Rekruttering av personell og erfaringer med den anbefalte bemanningen**

#### ***Hva er erfaringene med rekruttering av personell? Og hvilke erfaringer har institusjonene så langt med den anbefalte bemanningen?***

Med rekruttering av personell har vi i følgeforskningsprosjektet først og fremst tenkt på rekruttering av personell ansatt i helseforetakene. Det har ikke vært rekrutteringsproblemer knyttet til ansettelse av miljøpersonalet ansatt i Bufetat, og svært mange ansatte videreførte sine ansettelsesforhold fra de "gamle" institusjonene. Ved begge pilotinstitusjonene har det imidlertid vært vanskelig å få rekruttert helsepersonell. Særlig vanskelig er det å få tak i legespesialist, men også andre grupper som psykologer og kvalifiserte personer som skal jobbe som miljøpersonale, men ha helsefaglig bakgrunn (fortolket som at det skal være sykepleiere). BBS og LBS har fulgt anbefalingene om personell i litt ulik grad. LBS har fulgt anbefalingene tett. BBS har gjort flere egne tilpasninger ved blant annet å ha to psykologer i stedet for én, og ved å ansette én sykepleier framfor fire.

Begge institusjonene ser behov for å ha to psykologer ansatt i stedet for én, og BBS har altså tatt dette til følge. Den anbefalte stillingsandelen for legespesialist blir vurdert som for stor, men det oppleves som nyttig å ha lege en dag i uka på institusjonen, som de har ved LBS. Mange har satt spørsmåltegn ved kravet om sykepleiere og hvordan man skal klare å få utnyttet deres kompetanse, og at de selv opplever å ha et meningsfullt arbeid. Disse spørsmålene må blant annet ses opp mot sykepleierens turnus, deres muligheter til å ta ansvar på en Bufetat-institusjon, og antallet voksne på institusjonen.

### **Felles fagsyn: ansattes erfaringer med DBT/OEM**

#### ***Hvilke erfaringer har de ansatte med å jobbe etter denne metodikken?***

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble valgt som overgripende metodikk for pilotinstitusjonene, begrunnet blant annet i at både barnevern og helse kan føle seg hjemme i denne metodikken. Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) kan betraktes som institusjonsvarianten av DBT, og er utbredt i Bufetat Region Nord. I praksis har det derfor blitt slik at begge pilotinstitusjonene jobber etter DBT, rammet inn i OEM. For Bodø innebar det en liten omstilling da de ble pilotinstitusjon, siden de allerede hadde erfaring med metodikken. For Lunde, derimot, har det vært en stor og krevende omstilling. Overordnet er inntrykket at ansatte i Bodø er svært fornøyde med måten å jobbe på, mens de ved LBS fortsatt jobber med å implementere metodikken. I Bodø ser det ut til at ansatte jobber på en mer gjennomgripende måte med DBT, mens de ved Lunde ser ut til å jobbe etter en mer moderat variant. Det henger godt sammen med at BBS har lang erfaring med metoden, mens LBS fortsatt er i en innkjøringsfase.

Det er enighet blant de ansatte om at det hensiktsmessig å ha en felles metodikk og et felles språk som alle ansatte anvender. Flertallet mener at DBT er den riktige metodikken for formålet, mens noen argumenterer for at andre modeller/metoder like gjerne kunne ha blitt brukt. De mener at det viktigste er å ha en felles metodikk, men at det ikke nødvendigvis trenger å være DBT. Informantene mener DBT stort sett fungerer på alle ungdommene i

målgruppa, uavhengig av alder og kulturell bakgrunn, med unntak av om noen har store kognitive utfordringer. Dette fordi en kan gjøre individuelle tilpasninger av DBT behandlingsopplegget, noe som også gjøres i dag. Tegnøkonomi, altså belønning som forsterkning av atferd, brukes ved begge institusjonene. Flere ansatte erfarer imidlertid at det er krevende å vite hva som skal belønnes, hvor lenge man skal belønne, og ikke minst når en skal stoppe å belønne. Noen informanter, da særlig fra helseforetak, mener at DBT alene ikke er tilstrekkelig metode, men at man må supplere med andre behandlingsmetoder.

### **Hvordan jobber ansatte fra barnevern og helse konkret sammen?**

#### ***Hvordan fungerer et integrert samarbeid i praksis?***

I den første fasen av pilotprosjektet har det stort sett vært ansatte fra Bufetat på jobb i institusjonene. Etter hvert startet psykologene (juni og august 2019). Andre ansatte med helsefaglig bakgrunn har blitt ansatt i senere tid, eller var ikke ansatt på intervjuetidspunktet. Samarbeidet mellom psykologene og miljøpersonalet ser ut til å være veldig godt. Enkel tilgang til psykologkompetanse blir høyt verdsatt av miljøpersonalet. Psykologene på sin side virker også tilfredse med denne måten å arbeide på.

Skulder ved skulder-idealet som ligger til grunn for utformingen av et integrert institusjons-tilbud, bringer tankene over mot at ansatte fra barnevern og helse er likestilte i institusjonen, både i antall og ansvar. Vår forståelse er likevel at i praksis er institusjonene barnevernsinstitusjoner med god tilgang til psykologkompetanse. Denne forståelsen forsterkes av 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 de skal jobbe med ungdommene.

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.

### **Hva viser dokumentasjonen?**

#### ***Hvem er ungdommene som bor ved pilotinstitusjonene? Hva er deres utfordringer, hva slags hjelp får de, og hva beskrives som effekter av behandlingen og oppholdet?***

Dokumentgjennomgangen viser at det er ulikheter mellom institusjonene i hvor mye de fører, og på hvilken måte. Det må ses i lys av at de to institusjonene har hatt en veldig ulik oppstart og at de ansatte ved LBS kom senere i gang med opplæringen i DBT. Samlet tegner dokumentene et bilde av en ungdomsgruppe med store utfordringer. Det mest framtrædende er knyttet til psykiske vansker som selvskadning, selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk. Alle ungdommene har tidligere vært i kontakt med BUP og noen har hatt omfattende kontakt med psykisk helsevern, blant annet flere innleggelseser. Omfanget av psykiske vansker varierer mellom ungdommene og fra periode til periode. Det kommer også fram utfordringer knyttet til atferd hos alle ungdommene, men med ulikt omfang og forskjellig intensitet, og ulikt fra periode til periode. Dokumentgjennomgangen synliggjør også at ungdommene ofte har store utfordringer knyttet til skole.

Basert på den informasjonen som kommer fram om ungdommenes utfordringer, kan det stilles spørsmål ved forsvarligheten ved å la mange ungdommer med like eller samme alvorlige



psykiske helseproblemer bo sammen over lang tid. I noen av dokumentene ved LBS kommer det fram at ansatte er bevisst på faren for "smitteeffekter", og flere av ungdommene beskrives å være lett påvirkelige av dem rundt seg. I tillegg til faren for "smitteeffekt" er det også et spørsmål om hvor trygg institusjonene oppleves for ungdommene. Av dokumentene går det fram at det gjentatte ganger oppstår alvorlige og skremmende situasjoner, som også beskrives å gå utover de andre ungdommene.

Når det gjelder motivasjon, som er et sentralt spørsmål ved inntak, viser dokumentene at ungdommenes motivasjon ved inntak varierer. Flere av ungdommene kan vanskelig sies å oppfattes motiverte for behandling ved innskriving på institusjonen. Det ser også ut til at motivasjonen for å delta i behandlingsopplegget avtar utover i oppholdet.

Det er vanskelig å konkludere bastant med utgangspunkt i dokumentgjennomgangen når det kommer til ungdommenes endring underveis i oppholdet. Dersom man kun hadde lest noen av dokumentene, eksempelvis kun PP OEM, ville man fått inntrykk av at ungdommene var i positiv endring og/eller at situasjonen i alle fall var stabil. PFEH avslører imidlertid at noen ungdommer har en alvorlig, negativ utvikling i denne perioden.

Når det gjelder tiltakene eller "den ekstra hjelpen" (Plan for ekstra hjelp) som iverksettes på bakgrunn av uheldige hendelser som har innbefattet fokusatferd, er det store forskjeller mellom de to institusjonene. Ved LBS kommer det ikke fram det samme omfanget av tydelige begrensninger og konsekvenser som vi ser ved BBS. Flere av ungdommene, spesielt ved BBS, gir uttrykk for at de opplever PFEH som "straff", ikke som hjelp. Ut fra dokumentene som er gjort tilgjengelige, kan vi ikke se at plan for ekstra hjelp har en positiv virkning for ungdommene og deres situasjon. Enkelte tiltak som iverksettes ved BBS, for eksempel avstenging av kjøkken, er av en slik art at de ikke kun begrenser ungdommen som PFEH omhandler, men i realiteten samtlige ungdommer som bor ved BBS. Slike tiltak beskrives og omtales som risikovurderinger eller trygghets- og sikkerhetsperspektiv i PFEH, men det kan likevel stilles spørsmål ved om de kan forsvares i et "normalitetsperspektiv" med tanke på at institusjonen er å forstå som ungdommenes hjem den tiden de bor der.

Dagbokkort framstår som et sentralt verktøy i behandlingsopplegget ved BBS. Ved LBS har de ikke kommet i gang med dette, men ansatte jobber mye med å motivere ungdommene for å ta det i bruk. Et dagbokkort omhandler én eller flere definerte fokusatferder, og den enkelte ungdom kan sies å bedrive en form for selvevaluering. Det gjøres ofte på kveldstid før ungdommene legger seg. Det samlede inntrykket er at føring av dagbokkort oppleves vanskelig for ungdommene og at det også kan bidra til å trigge dem. Praksisen med dagbokkort bør derfor vurderes nøye ut fra faglig og etisk forsvarlighet med hensyn til både innhold, omfang/hyppighet og tidspunkter for føringer. Det bør drøftes om og hvordan dagbokkort eventuelt kan virke belastende og inngripende i ungdommenes liv den tiden de bor ved BBS.

Skole og skolegang beskrives som krevende for ungdommene, og mange har et høyt skolefravær. Skole har vært en utfordring for flere av ungdommene også i tiden før inntak, og for flere av ungdommene synes denne trenden å fortsette og til dels forsterkes under botiden ved BBS og LBS.

Gjennomgangen av dokumentene viser at det foreligger få planer om hva som skal skje etter ungdommene flytter ut av institusjonene. Av dokumentene framgår det at ingen av ungdom-

mene ved BBS og LBS skal flytte hjem til sine foreldre etter oppholdet ved institusjonene. Det er med andre ord andre voksenpersoner, som man ennå ikke vet hvem er, som mest sannsynlig skal være tett på ungdommene i det daglige i tiden som kommer. I den forbindelse kan det stilles spørsmål ved på hvilken måte og på hvilket tidspunkt disse voksenpersonene skal involveres i utviklings- og endringsarbeidet. Lite oversikt og kontinuitet med tanke på "veien videre" og hvor lenge ungdommen faktisk skal bo ved institusjonen bidrar til å skape usikkerhet, tvil og stress. Det vil også vanskeliggjøre arbeidet med videreføring av et tilbud som et ment å være av "igangsettende karakter".

### **Ungdommenes erfaringer**

#### ***Hva er ungdommenes erfaringer med å bo og få behandling ved pilotinstitusjonene?***

Intervjuene med ungdommene viser at de har noe ulikt erfaringsgrunnlag når de beskriver hvordan de har det ved institusjonene. Ungdommene ved BBS "vet mer" om behandlingen enn ungdommene ved LBS i den forstand at de kjenner til – og bruker – betegnelse DBT og OEM når de snakker om "opplegget". Ved Lunde er ikke ungdommene kjent med betegnelse DBT og OEM, og de er mer usikre på hva behandlingen går ut på og hvilke elementer som inngår i den.

Generelt uttrykker ungdommene mye skepsis og kritikk til oppholdet og behandlingen. Vi tolker dette til å omhandle de voksnes framgangsmåter i det som kan forstås både som behandling og omsorgsutøvelse. Med de voksne refererer ungdommene hovedsakelig til miljøpersonale, siden de hadde liten erfaring med psykolog eller annet helsepersonell. 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 tanker, erfaringer og meninger, i det de betrakter som "behandlingsopplegget". Dette gjelder spesielt for ungdommene ved 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 gir også uttrykk for at de opplever å bli straffet når de ikke gjør det som forventes av dem, eller når de gir uttrykk for meninger annet enn de som de ansatte tolker at de har. Noen ungdommer forteller at de oppfatter at det anvendes metoder som har til hensikt å presse dem i den retning ansatte ønsker å ha dem. Det skjer blant annet ved at de blir fratatt eiendeler og/eller begrenses/hindres i å drive med aktiviteter som de liker å holde på med i fritiden, for eksempel "gaming". Flere ungdommer gir dessuten uttrykk for at de ikke helt forstår meningen med, eller selv ikke ønsker å bedrive, ferdighetstrening. I dette inngår også beskrivelser av "å gå lei av hele opplegget".

### **Bygg og omgivelser**

#### ***Hvordan fungerer bygg og omgivelser som ramme for terapi og det å føle seg hjemme?***

For institusjonene har det vært en målsetting å både være hjem, arbeidsplass og gi rom for behandling. Det skal oppleves trygt og hjemlig, samtidig som behandlingssituasjonen krever et visst antall ansatte og et faglig forsvarlig behandlingstilbud. Kombinasjonen hjem–arbeidsplass–terapeutisk behandling kan være krevende.

Begge institusjonene ble planlagt i løpet av kort tid og med utgangspunkt i eksisterende løsninger. Sett i lys av dette er det mye av det praktiske som fungerer godt. Vi ser imidlertid av prosessen at det er et lite bevisst forhold til hva det fysiske skal støtte, og det er gjort få forsøk (ut fra det vi kan se) på å få fram hva som er viktig for de ungdommene som er målgruppa for tilbudet. Ved videreutvikling eller etablering av flere tilbud mener vi dette er

essensielt. Vi mener det er viktig å synliggjøre hvordan det fysiske faktisk er med på å påvirke hverdagen både for de som bor og de som jobber der. Hvem sin arena er det, hvem treffer man hvor, hvilken stemning gir omgivelsene, hva kommuniserer omgivelsene og hvilken mulighet har man til å påvirke sine fysiske omgivelser, er spørsmål som bør stilles i planleggingen.

Når det gjelder organisering av boligdel/kontordel og inngang boligdel / ansattes inngang har institusjonene gjort kloke og gode valg så langt det er mulig, bygningens beskaffenhet tatt i betraktning. Det virker også som det praktiseres etter hensikten, men ungdommene opplever allikevel ikke hjemlighet. De private rommene er relativt små, og det er 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 kontordel og boligdel kan bidra til dette. Kontorarbeid behøver ikke å foregå i ungdommenes fellesarealer. Da ingen av ungdommene vet hvor de skal etterpå, anser vi at botilbudet må betraktes som ungdommenes hjem, om det så bare er for en periode.

En av intensjonene med de nye tilbudene er at helsepersonell skal kunne komme tettere på hverdagssituasjonen og slippe å ha avtalte timer, og at terapi og samtaler skal kunne foregå i mer naturlige settinger. Ungdommene framhever også at det er en fordel at psykologene går i miljøet slik at de blir kjent med dem. Videre poengterer ungdommene at de gode samtaler kommer mens de gjør noe annet; kjører en tur i bil, hører på musikk, går en tur, sitter sammen og ser på tv, gjerne i en sofa der de kan trekke beina opp under seg og der det føles trygt å prate. Selv om det er under slike aktiviteter ungdommene opplever det er enklere å prate, virker det som mye av terapien foregår til avtalte tider på terapeutens kontor. Ungdommene gir uttrykk for at det å tilrettelegge for aktiviteter der relasjoner kan oppstå og der samtalen kan flyte fritt og man får litt "fri" fra seg selv og sine utfordringer, kan hjelpe dem å skifte fokus fra utelukkende problemer og vansker. De understreker at de voksne kan gå hjem fra jobb og ha fri, mens de bor der hele døgnet og trenger derfor steder som de kan definere som sine når det gjelder uttrykk, regler og aktiviteter.

### **Konklusjon og anbefalinger**

Datakildene har gitt oss forskjellige og delvis motstridende inntrykk av hvordan institusjonene fungerer. Ansatte framhever mye positivt ved det nye tilbudet, mens ungdommene derimot i stor grad er kritiske til tilbudet. Dokumentene bekrefter langt på vei det tydelige fokuset på behandling som ungdommene beskriver at de opplever. Vi har drøftet funnene opp mot anbefalinger i rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa og forskningslitteratur. Særlige temaer som er løftet fram i diskusjonsdelen, omfatter: blandede erfaringer med behandlingsmetodikken (DBT), hvordan det ser ut som behandlingsfokuset overstyrer omsorgsbehovet til ungdommen og hvordan man må balansere ungdommenes mange behov opp mot hverandre. Videre har vi drøftet risikoen for smitteeffekt i ungdomsgruppa. Vi har også tatt opp viktigheten av at ungdommene vet hvor de skal etter utflytting. Ungdommenes grad av medvirkning i tilbudet er også diskutert. I tillegg har vi løftet fram at modellen bidrar til økt samarbeid mellom barnevern og helse, samtidig som det eksisterer utfordringer med rekruttering og vurderinger rundt antall/stillingsstørrelser på helsepersonellstillingene. Vi har også drøftet dilemmaet rundt at institusjonene både skal ivareta hjemlighet for ungdommene og være en arbeidsplass for personalet.

Anbefalingene våre spenner fra mer radikal nytenking omkring samarbeidsmodellen til justeringer av eksisterende modell. De viktigste anbefalingene våre går på at ungdommene

ikke bare betraktes som behandlingstrengende, men også som individer med ressurser og styrker. Videre vil vi 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. I tillegg ser det ut som ungdommene når et metningspunkt for behandling. Det kan også se ut som behandlingsfokuset som metoden bringer med seg, går på bekostning av hva ungdommene opplever å ha behov for, som opplevelse av mestring, autonomi, trygghet og omsorg. Når det gjelder bemanning, bør helseforetakene få større selvbestemmelse knyttet til hva slags personell som er relevant å ansette fra deres side. Bestemmelsen bør tas i samråd med barnevernet. Vi anbefaler også å øke stillingsandelen til psykologer tilknyttet institusjonene. En må også jobbe for å gjøre helsepersonellstillingene mer attraktive. Videre etterlyser vi at ungdommenes stemmer blir tydeligere hørt. Ungdommenes medvirkning bør styrkes, både i planlegging av tilbudet og i den daglige gjennomføringen. Hvis man skal bygge et nytt tilbud for denne målgruppa, bør det legges større vekt på ungdommenes ønsker og perspektiver, og noe mer areal til ungdommenes private sfære.

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. Ved videre utvikling av et integrert tilbud mellom barnevern og helse for målgruppa bør man ta utgangspunkt i de gode erfaringene de ansatte har gjort seg, samtidig som man tar hensyn til de mindre gode erfaringene ungdommene uttrykker. Målet må være å skape et tilbud som både ungdommer og ansatte opplever som godt.

## Ordliste

### **AKA: Atferdskjedeanalyse**

AKA utgjør en del av DBT (se DBT). I samtaler med ungdom kan AKA bidra til å se og forstå hvordan atferd påvirkes av våre tanker, følelser og våre omgivelser. Gjennom analyse av en aktuell hendelse kan ungdommen og terapeuten sammen identifisere sårbarheter, hva som trigger, og forstå handlinger. Videre diskuteres ulike løsninger og alternative handlemåter som kunne vært brukt og skal brukes i framtiden.

### **ASEBA: The Achenbach System of Empirically Based Assessment**

ASEBA er standardiserte spørreskjemaer og kliniske intervjuer som brukes for å identifisere tilstander og symptomer hos ungdom basert på foresattes, lærers og ungdommens opplevelse av problembelastning i hverdagen. ASEBA er blant de mest brukte standardiserte og normerte instrumentene for å innhente informasjon om sosiale ferdigheter, følelsesmessige vansker og atferdsvansker hos barn og unge.

### **ASEBA brief:**

Brief Problem Monitor (BPM), også kalt ASEBA brief, er en kortversjon av kartleggings-systemet Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA).

### **BBS: Bodø behandlingssenter**

Nytt institusjonstilbud som skal bidra til at ungdom (13–18 år) med behov for omsorg utenfor hjemmet og psykisk helsehjelp, får samtidig hjelp fra barnevern og psykisk helsevern.

### **CATS: Child and Adolescent Trauma Screen**

CATS er et tilstandsspesifikt kartleggingsverktøy, utviklet for å måle symptomer på post-traumatisk stress hos barn og unge i aldersgruppa 6–18 år som har vært utsatt for en eller flere traumatisk(e) hendelse(r).

### **CGAS: Children's Global Assessment Scale**

CGAS er et måleinstrument for å kartlegge barn og unges (4–17 år) psykososiale funksjonsnivå i den siste måneden.

### **DBT: Dialektisk basert atferdsterapi<sup>1</sup>**

DBT utgjør en del av endringsarbeidet i OEM (se OEM). DBT fokuserer på hvordan man kan endre uhensiktsmessig atferd som ungdom tidligere har brukt som strategier for å løse problemer. DBT er en variant av kognitiv atferdsterapi som integrerer kunnskap fra atferdsterapi, kognitiv terapi og læringsteori samt dialektisk og østlig filosofi (zen). DBT er en prinsippstyrt, delvis manualbasert behandlingsmetode utviklet i USA. Gjennom å identifisere og gjenkjenne følelser og hvordan de styrer oss, kan man endre sine måter å håndtere vanskelige situasjoner i framtiden.

**Endringshierarki:** Innen dialektisk basert atferdsterapi deles behandlingen i fire sekvensielle stadier, som er bestemt etter nivå av dysfungering. Hvert stadium har et tydelig hierarki av behandlingsmål: 1. redusere livstruende og annen selvskadende atferd, 2. redusere atferd som

---

<sup>1</sup> <https://dbt.no/om-dbt/>. Alle forklaringer på DBT og elementer innen metodikken er hentet herfra, om ikke annet er oppgitt.

forstyrrer terapien, 3. redusere atferd som påvirker livskvaliteten, 4. øke atferdsmessige ferdigheter [2]. For pasienten gjelder det å jobbe seg nedover i hierarkiet, det vil si til en mindre alvorlig tilstand.

**Ferdighetstrening: DBT ferdighetstreningssgruppe** tar utgangspunktet i at mennesker med sterke vansker med følelsesregulering har behov for å lære ulike typer ferdigheter som kan hjelpe dem å bli mer effektive problemløsere. Undervisningen ledes av gruppeleder(e) som underviser og modellerer ferdigheter, og gir oppgaver som klientene (ungdommene) øver på i løpet av uken. Hver fullstendige undervisningsrunde varer i 24 uker og gjentas en ytterligere runde for voksne. Undervisningen dreier seg rundt fire hovedtemaer: mindfulness, ferdigheter i å holde ut kriser, ferdigheter i følelsesregulering og mellommenneskelige ferdigheter.

**Fokusatferd:** Uhensiktsmessig og uønsket atferd, som selvskading. Ferdighetstrening kan typisk anvendes for å få bukt med fokusatferd.

#### **KATE: Kartlegging Av Traume Erfaring**

KATE er et tilstandsspesifikt kartleggingsverktøy, utviklet for å fange opp potensielt traumatiserende hendelser et barn eller ungdom kan ha opplevd.

#### **LBS: Lunde behandlingssenter**

Nytt institusjonstilbud som skal bidra til at barn med behov for omsorg utenfor hjemmet og psykisk helsehjelp, får samtidig hjelp fra barnevern og psykisk helsevern.

#### **OEM: Omsorgs- og endringsmodellen**

Modellen inneholder et målrettet og standardisert forløp som består av fem moduler: Innflytting og kartlegging, brukermedvirkning, endringsarbeid (her kommer særlig DBT inn), familieintegrert overføring fra institusjon, og effektmåling/evaluering. Modellen er utviklet for å ivareta barn og unge med store omsorgsbehov og alvorlige sammensatte problemer. OEM er særlig utbredt i Bufetat Region Nord, og RBUP holder på med forskning på effekten av modellen.<sup>2</sup>

#### **Plan for ekstra hjelp (PFEH):**

Har ungdommen vist en atferd som er til fare for dem selv eller andre, blir de satt på Plan for ekstra hjelp. Det betyr at de får tettere oppfølging i en periode, der de må lage en atferdskjedeanalyse (se AKA) på den aktuelle situasjonen, øve på ferdigheter som vil være mer hensiktsmessige for dem, og å gjøre opp for seg. Hovedmålene med PFEH er å etablere sikkerhet, forstå hva som skjedde gjennom atferdskjedeanalyse, finne ut hvilke ferdigheter ungdommen trenger å lære seg slik at atferden ikke gjentas, øve på disse ferdighetene og gjøre opp for seg.

---

<sup>2</sup> <https://www.r-bup.no/no/vi-deler/forskning/omsorgs--og-endringsmodellen>



# Innhold

<b>FORORD.....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>4</b>
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>16</b>
<b>2 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG FORSKNING PÅ FELTET.....</b>	<b>19</b>
2.1 PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE SOM HAR TILTAK FRA BARNEVERNET .....	19
2.2 BETYDNINGEN AV DET FYSISKE MILJØET.....	21
2.3 IMPLEMENTERING .....	23
<b>3 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER .....</b>	<b>26</b>
<b>4 DESIGN, METODE OG MATERIALE .....</b>	<b>28</b>
4.1 GJENNOMGANG AV POLICYDOKUMENTER OG FAGLIGE DOKUMENTER .....	28
4.2 INTERVJUER MED ANSATTE OG BEFARING VED PILOTINSTITUSJONENE .....	29
4.3 BESØK VED EKSEMPELINSTITUSJONER .....	29
4.4 INDIVIDUELLE INTERVJUER MED UNGDOM .....	30
4.5 DOKUMENTANALYSE AV ANONYMISERTE OPPLYSNINGER OM UNGDOMMENE .....	30
4.6 ETIKK.....	31
<b>5 KORT OM PILOTINSTITUSJONENE LUNDE OG BODØ BEHANDLINGSSENTER .....</b>	<b>32</b>
5.1 ORGANISERING AV SAMARBEIDET MELLOM BARNEVERN OG HELSE .....	34
<b>6 RESULTATER: ANSATTES ERFARINGER.....</b>	<b>36</b>
6.1 MÅLGRUPPE OG INNTAK TIL INSTITUSJONENE .....	36
6.1.1 <i>Prosedyrer for inntak</i> .....	37
6.1.2 <i>Det "gode inntaket"</i> .....	37
6.1.3 <i>Smitteeffekt blant ungdommene?</i> .....	40
6.2 MÅLSETNINGER MED INSTITUSJONSOPPHOLDET.....	41
6.2.1 <i>Et tilbud av igangsettende karakter</i> .....	41
6.3 BOTID/OPPHOLDSTID.....	42
6.3.1 <i>DBT behandlingsforløp og oppholdstid</i> .....	42
6.3.2 <i>Utflytting: planlegging, oppfølging og samarbeid med barneverntjenesten</i> .....	43
6.3.3 <i>Kontinuitet vs. brudd</i> .....	46
6.4 REKRUTTERING AV PERSONELL OG ERFARINGER MED DEN ANBEFALTE BEMANNINGEN .....	48
6.4.1 <i>Rekruttering av helsepersonell er krevende</i> .....	49
6.4.2 <i>Helsepersonell ved institusjonene</i> .....	50
6.5 FELLES FAGSYN: ANSATTES ERFARINGER MED DBT OG OEM .....	55
6.5.1 <i>Omstilling og opplæring i metodikken</i> .....	57
6.5.2 <i>Refleksjoner rundt- og bruk av – DBT/OEM</i> .....	60
6.6 HVORDAN JOBBER ANSATTE FRA BARNEVERN OG HELSEPERSONELL KONKRET SAMMEN? .....	64
6.6.1 <i>Samarbeid i praksis: "Skulder ved skulder"-arbeid?</i> .....	65
6.6.2 <i>Å gi helsehjelp i en barnevernsinstitusjon: utfordringer og løsninger</i> .....	66
6.6.3 <i>Når ungdommene ikke vil ha helsehjelp</i> .....	69
<b>7 RESULTATER FRA DOKUMENTGJENNOMGANG .....</b>	<b>71</b>

<b>8</b>	<b>INTERVJUER MED UNGDOMMER: ERFARINGER MED Å BO OG FÅ BEHANDLING VED BODØ OG LUNDE BEHANDLINGSSENTRE .....</b>	<b>84</b>
8.1	MOTIVASJON .....	84
8.2	NYTT INSTITUSJONSTILBUD .....	85
8.3	VARIERENDE INNSIKT I BEHANDLING, MÅL OG METODER .....	86
8.4	TERAPI.....	87
8.5	OMSORG .....	93
8.6	STRUKTURER OG BEGRENSNINGER .....	95
8.7	MEDVIRKNING.....	97
8.8	SKOLE OG ANDRE ARENAER.....	98
8.9	BOTID OG PLAN FOR UTFLYTTING .....	99
<b>9</b>	<b>RESULTATER: BYGNINGER OG OMGIVELSER I UNGDOMMENES PERSPEKTIV.....</b>	<b>101</b>
9.1	FYSISKE OMGIVELSERS BETYDNING.....	101
9.1.1	<i>Hjemlighet.....</i>	<i>102</i>
9.1.2	<i>Krenkende strukturer i det fysiske miljø.....</i>	<i>104</i>
9.1.3	<i>Terapeutiske omgivelser .....</i>	<i>104</i>
9.1.4	<i>Rom for skjerming, privatliv, fellesskap og hverdagsliv .....</i>	<i>106</i>
9.2	HVA KAN VI LÆRE AV FORBILDEPROSJEKTER SOM KVÆFJORD UNGDOMSSENTER OG KERTEMINDE BARNEHJEM? .....	108
<b>10</b>	<b>OPPSUMMERING OG DISKUSJON .....</b>	<b>109</b>
10.1	EN BEHANDLING SOM FORUTSETTER MOTIVASJON OG FORPLIKTELSE TIL ENDRING.....	110
10.2	DØGNKONTINUERLIG BEHANDLING OVERSTYRER FOKUSET PÅ OMSORG .....	111
10.3	IVARETAKELSE AV MÅLGRUPPAS MANGE BEHOV .....	112
10.4	NÅR EKSTRA HJELP OPPLEVES SOM STRAFF .....	113
10.5	"SMITTEEFFEKT" OG OPPLEVD TRYGGHET VED INSTITUSJONENE.....	114
10.6	PILOTINSTITUSJONENE SOM HJEM OG INSTITUSJON.....	115
10.7	BOTID OG BEHOVET FOR Å VITE HVOR MAN SKAL ETTERPÅ .....	116
10.8	UNGDOMMENE HAR BEGRENSET MULIGHET FOR MEDVIRKNING I EGEN HVERDAG .....	117
10.9	MODELLEN FØRER TIL ØKT SAMARBEID MELLOM BARNEVERN OG HELSE.....	118
10.10	HVILKE FORSKJELLER SER VI MELLOM BODØ OG LUNDE BEHANDLINGSSENTRE?.....	119
<b>11</b>	<b>AVSLUTNING OG ANBEFALINGER FOR EVENTUELLE NYE INSTITUSJONER.....</b>	<b>121</b>
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>123</b>

## BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1: Forbildeprosjekter: Kvæfjord ungdomssenter, Borkenes, Troms og Kerteminde barnehjem, Danmark

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 3: Intervjuguider

# 1 Innledning

## Bakgrunn

Dette er sluttrapporten fra følgeforskningsprosjektet der vi har fulgt etablering, implementering og drift i en tidlig fase av en ny type institusjonstilbud rettet mot barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig psykisk helsehjelp. Tilbudet er tverrfaglig, samlokalisert og integrerer barnevern/omsorg og behandling for psykiske vansker under ett tak. Modellen for det nye institusjonstilbudet ble utformet av en nasjonal prosjektgruppe som besto av personer fra barnevern- og helsesiden. Modellen er framstilt i en rapport som mer eller mindre detaljert beskriver hvordan tilbudet skal utformes og organiseres [3]. Rapporten kan således sies å være "oppskriften" på hvordan tilbudet skal være. For å teste ut modellen ble to barnevernsinstitusjoner valgt som pilotinstitusjoner. Det var Agder ungdomshjem i Søgne i Agder, nå Lunde behandlingssenter (LBS), og Bodø ungdomssenter, nå Bodø behandlingssenter (BBS). Institusjonene var formelt i operativ drift fra 1.1.2019.

SINTEF og NTNU Samfunnsforskning startet følgeforskningsoppdraget sommeren 2018 og har fulgt pilotprosjektet fram til d.d. I februar 2019 leverte vi delrapport 1 [1], der vi beskrev grunnlaget for etablering av de to pilotinstitusjonene og drøftet hvorvidt det var tilstrekkelig for å sikre en god implementering og påfølgende drift. Rapporten var basert på en gjennomgang av offentlige og faglige dokumenter som har gitt føringer for utforming av tilbudet, og intervjuer med nøkkelpersoner i Bufdir og RHF-ene (eiere) og ansatte ved institusjonene. Under oppsummerer vi kort funnene og vurderingene.

I drøftingen av grunnlagsarbeidet for å sikre god etablering og drift tok vi for oss hovedelementene i det nye institusjonstilbudet. Når det gjaldt *målgruppa* for institusjonene, problematiserte vi om den var tydelig nok definert og argumenterte for at den ikke var det. Samtidig pekte vi på at man ved inntak bør gjøre vurderinger av sammensetningen av ungdomsgruppa på den enkelte institusjon. Det bør også tas hensyn til andre forhold, eksempelvis geografisk beliggenhet og avstand til hjemkommune. Inntaksstrukturen var på det tidspunktet uklar, men skulle arbeides videre med. Tilbudet ble tidlig forstått til å ha "igangsettende karakter", i tråd med den nasjonale prosjektrapporten. Det er dermed viktig med gode og sømløse overganger med andre tiltak/tilbud, med særlig vekt på det som skal skje etter institusjonsoppholdet. Vi understreket viktigheten av godt samarbeid med kommunene for å sikre et helhetlig tilbud.

Når det gjaldt *oppholdstid* ved institusjonene, løftet vi fram problemstillinger omkring brudd og kontinuitet. Vi stilte blant annet spørsmål om den tydelige avgrensingen i tid ("igangsettende karakter") og mandat ("ikke oppvekstinstitusjoner") ville få konsekvenser for relasjonsbygging og/eller mulighet for endringsarbeid. Vi stilte også spørsmål ved om tidlig søkelys på utflytting kan føre til stress hos ungdommene, eller om det bidrar det til større grad av forutsigbarhet.

Det konkrete, *dagligdagse samarbeidet* mellom barnevern og helse innebærer mulige utfordringer. For det første handlet det om muligheten for å skape et tilbud der barnevern og helse er likestilt når barnevernssiden har langt flere ansatte enn helse. For det andre trakk vi opp problemstillinger knyttet til turnus. Det nye institusjonstilbudet vil kreve omfattende bemanning døgnet rundt. Bufetat-ansatte går i turnus, og vi stilte spørsmål om i hvilken grad dette også skal omfatte helsepersonell. For det tredje stilte vi spørsmål om det faktum at barnevern og helse har ulike kjerneoppgaver, henholdsvis miljøterapi og behandling, kan forvanske

samarbeidet. Vi trakk også opp problemstillingen om hvordan institusjonene skulle forholde seg til situasjonen når/dersom ungdommer ikke samtykker til helsehjelp.

Dialektisk basert atferdsterapi (DBT), en *metodikk* opprinnelig utviklet til poliklinisk bruk for voksne med kronisk suicidalitet, selvskading og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ble valgt som arbeidsmetodikk ved pilotinstitusjonene. Vi tok opp at det var en viss diskusjon om valg av metodisk tilnærming i den nasjonale arbeidsgruppa under utarbeidelse av prosjektrapporten, uten at det kom til store uenigheter. Vi understreket videre at gjennom å velge DBT som metodisk tilnærming, legges det til grunn av det skal være fokus på *behandling*, mens andre valg kunne ledet fokuset mer i retning av endringsarbeid gjennom miljøterapeutiske metoder og tilnærminger.

På overordnet nivå trakk vi noen hovedkonklusjoner i delrapport 1. Én hovedkonklusjon var at selv om noen av dokumentene vi gikk gjennom anbefaler opprettelse av et nytt tverrfaglig, integrert institusjonstilbud, beskriver mange av de samme dokumentene også en del utfordringer knyttet til det å opprette et slikt tilbud. Det gjelder de utfordringene som vil oppstå når "to tjenester, to regelverk og to profesjoner" skal jobbe sammen og skape noe nytt, og ikke "bare" samarbeide som før. Det er altså grunn til å tro at juridiske utfordringer, ledelse og organisering kan være krevende områder i realiseringen av et integrert tilbud. En annen hovedkonklusjon var knyttet til anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa [3] og om disse vil være konkrete nok og gjennomførbare når institusjonene skal settes i drift, samt i hvilken grad institusjonene vil skille seg fra hverandre i realiseringen av tilbudet.

Per februar 2020 bodde det fem ungdommer på hver av institusjonene. Anbefalt bemanning har vært krevende å få på plass, men i februar 2020 var stillingene besatt, med unntak av én stilling som sykepleier ved BBS som var utlyst. Det er viktig å understreke at institusjonstilbudet ett år etter formell oppstart fortsatt må betraktes som under implementering, altså at det fortsatt foregår prøving, feiling og justering av modellen. Det er som forventet, men gjør at vi må trekke våre konklusjoner med visse forbehold, siden tilbudet mest sannsynlig vil endre seg etter lengre tids drift og modning.

## **Disposisjon**

Videre i rapporten starter vi med en gjennomgang av tidligere studier og teoretiske perspektiver som vi anvender i analysen av det nye institusjonstilbudet (kapittel 2). I kapittel 3 går vi gjennom mål og problemstillinger i prosjektet. Videre presenterer vi metode og materiale (kapittel 4). Overordnet omfatter materialet intervjuer med ansatte og ungdommer ved institusjonene, faglige dokumenter og policydokumenter, tegninger av bygninger og besøk og befaring ved både LBS og BBS, samt ved andre eksempelinstitusjoner. Deretter følger en kort beskrivelse av de to pilotinstitusjonene, LBS og BBS. Her beskriver vi også hvordan det nye institusjonstilbudet er organisert, blant annet hvordan samarbeidet mellom barnevern og helse er lagt opp i det daglige (kapittel 5). Etter dette presenterer vi resultatene. I den første resultatdelen tar vi for oss ansattes erfaringer med tilbudet (kapittel 6), videre beskriver vi ungdomsgruppa som bor ved institusjonene (kapittel 7) og deres erfaringer med tilbudet (kapittel 8). I kapittel 9 går vi gjennom funn knyttet til bygninger og omgivelser. Rapporten avsluttes med en oppsummering og diskusjon i kapittel 10, før vi trekker konklusjoner og gir anbefalinger i kapittel 11.

Hovedansvar for analyse av datamaterialet og skriving av resultatkapitlene har vært delt mellom forskerne i prosjektgruppa. Line Melby har hatt ansvar for kapittel 6 "Ansattes erfaringer", Veronika Paulsen og Gro Ulset har hatt ansvar for kapittel 7 og 8, som beskriver hvem ungdommene er og deres erfaringer, mens Solvår Wågø og Karin Høyland har hatt ansvar for kapittel 9 "Bygg og omgivelser". Jannike Kaasbøll har bidratt i teorikapitlet, og med gjennomlesning og kommentarer til teksten. Diskusjon og konklusjon (kapittel 10 og 11) har blitt til i fellesskap.

## **2 Teoretiske perspektiver og forskning på feltet**

I dette kapitlet presenterer vi tidligere studier og teoretiske perspektiver for forståelsen av "det nye institusjonstilbudet." Vi tar først for oss forskning på psykisk helse hos barn og unge i barnevernet og erfaringer med forskjellige samhandlingsmodeller for bedre å integrere barnevern og psykisk helsevern. Deretter tar vi for oss forskning på bygninger og omgivelser. Bygninger og omgivelser legger den fysiske rammen for de hverdagslige aktivitetene – omsorgen og behandlingen som foregår ved institusjonene. Institusjonene skal være barnas og ungdommenes hjem i den perioden de bor og får behandling der. Samtidig er det de ansattes arbeidsplass. Vi presenterer derfor noen teorier rundt det viktige samspillet mellom bygningen, brukerne og målet med virksomheten. Avslutningsvis tar vi kort for oss forskning på implementering. Litteraturen på feltet er entydig på at implementering av et tiltak må betraktes som en langvarig prosess, og at det er mange faktorer som henger sammen og som kan utfordre om man oppnår det ønskede resultatet.

### **2.1 Psykisk helse hos barn og unge som har tiltak fra barnevernet**

Opprettelsen av pilotprosjektet "Nytt institusjonstilbud" har sin bakgrunn i et ønske om å bedre den psykiske helsehjelpen til barn og unge i barnevernet [3]. Det er godt dokumentert at en høy andel barn og unge med tiltak fra barnevernet har høy forekomst av psykiske problemer og lidelser og et sammensatt behov for helsetjenester [4-9]. Samtidig er det indikasjoner på at helsetilbudet til denne gruppa er utilstrekkelig. Det gjelder både barn som mottar hjelpetiltak i hjemmet, og barn som bor i fosterhjem og institusjon [7, 8, 10, 11]. Ungdommene rapporterer også om lavere livskvalitet enn ungdom i den generelle befolkningen og pasientene i BUP [12]. Høy komorbiditet – forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person – av psykiske vansker hos barn og ungdom i barnevernet, og manglende kompetanse underbygger et behov for videreutvikling av tjenestetilbudene; herunder kunnskap om hvilke tiltak som fungerer for hvem [13], med fokus på ungdommens totale livssituasjon, og ikke bare enkelte lidelser [7]. Dette er ikke en særnorsk utfordring, men gjelder også internasjonalt [10, 14-17].

Det er behov for tiltak for å sikre at barnevernets klienter med psykiske vansker får tidlig tilgang til hensiktsmessige psykiske helsetjenester [18, 19]. Tidlig identifisering, utredning og behandling av psykiske vansker blant unge på barnevernsinstitusjoner er nødvendig for å kunne gi en forsvarlig oppfølging av vanskene og slik forebygge vedvarende vansker [10, 20]. Konsekvensene av ikke å avdekke psykiske vansker eller lidelser hos unge på barnevernsinstitusjon kan på kort sikt føre til at oppholdet forstyrres eller må avbrytes [20], og på lengre sikt kan det bidra til økt risiko for psykiske lidelser, redusert livskvalitet, høyere sykefravær, uføretrygd og dødelighet [21-24].

Det kan være flere årsaker til at barn og unge som trenger hjelp med tiltak fra barnevern, ikke mottar hjelp. De kan ha dårlige erfaringer med tjenestene eller de kan avvise undersøkelses- og/eller behandlingstilbud. Ungdom generelt har lavt kunnskapsnivå om psykisk helse og tilgjengelige tjenester, og de kan oppleve stigma ved å søke hjelp [25, 26]. Samarbeidet mellom barnevernsinstitusjoner og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har blitt framhevet som problematisk, og det er lagt vekt på at samarbeidet må bli bedre [27]. En viktig bakgrunn for skjerpet fokus på behovet for bedre samordning mellom tjenester er at det er stadig mer komplekse og utfordrende saker i både barnevern og psykisk helsevern [28, 29].



### **Barrierer for tverretatlig samarbeid**

Barrierer for effektivt tverretatlig samarbeid rapporteres på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Utilstrekkelig kunnskap om fagpersonenes rolle og ansvar i de andre tjenestene, fravær av samarbeidskultur, mangel på effektive samarbeidsstrukturer og retningslinjer for samarbeid og ulike organisatoriske prioriteringer har vist seg å være barrierer for initiering og videreføring av tverretatlig samarbeid [30-33]. Kommunikasjon er en av de mest sentrale aspektene ved effektivt samarbeid [31, 32]. Forskjeller i konseptuelle rammeverk, kunnskap og diskurser i barnevernet og psykisk helsevern kan imidlertid føre til vanskeligheter med kommunikasjon og felles beslutningstaking, samt ulike forståelser av barnas behov for psykisk helsevern. I tillegg kan forhold som ulik administrasjon, organisering, økonomi, ulike faglige og metodiske tilnærminger og lovverk føre til at det oppstår vansker i samhandlingen mellom tjenestene [34-36]. Videre kan taushetsplikt og praksis variere på tvers av tjenester, og disse forskjellene kan hindre kommunikasjon [32, 37, 38]. Timonen-Kallio og kollegaer [32] undersøkte og sammenliknet interprofesjonelt samarbeid mellom barnevern (institusjoner) og psykisk helsevern i seks europeiske land. Studien indikerte at barrierene for samarbeid og koordinering var relativt like over hele Europa.

### **Modeller for samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern**

Helsedirektoratet (Hdir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har de siste årene samarbeidet om å løse felles oppdrag gitt av HOD og BLD med mål om å sikre bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet. I rapporten *Oppsummering og anbefalinger fra arbeid med helsehjelp til barn i barnevernet* [39] omhandler en av anbefalingene "Styrking av barnevernsinstitusjoner og samarbeid om barn med behov for døgnopphold i psykisk helsevern barn og unge". Barnevernet og psykisk helsevern tilbyr begge døgnopphold i institusjon som en del av tilbudet til barn og unge innenfor rammene av henholdsvis barnevern- og helselovgivningen. Sektorene har ulike ansvarsområder og oppgaver, og det har vist seg utfordrende i praksis å avklare ansvarsforhold mellom tjenestene, hvor barnet viser en alvorlig, sammensatt og kompleks problematikk der det er behov for døgnopphold og innsats fra både barnevern og psykisk helsevern. Fortsatt videreutvikling og styrking av det spesialiserte institusjonsbarnevernet kan bidra til å forebygge psykiske vansker og bedre mulighetene for at barnet kan nyttiggjøre seg helsehjelp.

Et godt samarbeid mellom tjenestene gjennom blant annet mer informasjonsdeling på tvers og ved å samarbeide om sakene kan føre til bedre tilgjengelighet og forbedring av tjenestetilbudet kan medvirke til å styrke tilbudet til sårbare barn og unge [40]. I Norge er det gjennomført en del prosjekter/tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge, og samhandling mellom BUP og barnevern. BUP Levanger og barneverntjenester i Nord-Trøndelag har gjennomført pilotprosjektet "Akutten i Nord-Trøndelag". Hensikten var å samordne og bedre tjenester mellom BUP og barneverntjenesten i en akutt fase, med bakgrunn i et ønske om høyere kvalitet på utredning, men også et rom for felles drøfting knyttet til tiltak på tvers av tjenestene. I evalueringen rapporteres det om positive erfaringer både fra ungdommene og deres familier, men også fra de ansatte [41]. Disse resultatene samsvarer med resultatene fra det tverrfaglige prosjektet mellom Kristiansand kommune, Bufetat og Sørlandet sykehus, med søkelys på å gi et helhetlig og sammenhengende tilbud til barn og ungdom. Ved evaluering av prosjektet framgikk det at samordning av tjenester på flere ulike nivåer, styrker tjenestetilbudet til de barn og unge som har størst behov tverrfaglig bistand [42]. Gjennom en rekke organisatoriske, administrative og faglige tiltak lyktes de i stor grad med å skape en samarbeidsplattform for en felles tjeneste.

I pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov", et tverrfaglig samarbeid mellom BUP, barnevernstjenesten og institusjonene, ble det pilotert en samhandlingsmodell for tidlig identifisering av eventuelle psykiske problemer eller lidelser og for videre oppfølging. Evalueringen av dette prosjektet [43] tyder på at til tross for en del utfordringer, så fremmet samarbeidsmodellen økt bevissthet om psykiske helseproblemer og et større systematisk tverretatlig samarbeid for å vurdere og følge opp barn og unges psykiske helse i de involverte barnevernsinstitusjonene.

"Stillasbyggerne" er et tilbud som skal gi tilpasset helse- og omsorgstjenester til barn og unge med psykiske problemer under omsorg av barnevernstjenesten [44]. Prosjekteier er avdeling BUP Akershus Universitetssykehus. Tilbudet beskrives som en hybrid mellom barnevernstjenesten og BUP. Stillasbyggerne kartlegger, analyserer, bygger og vedlikeholder "stillas"/nettverk rundt målgruppa: barn og ungdom fra 0 til 23 år som bor i fosterhjem eller på en barnevernsinstitusjon. Noe av stillaset kan bestå av profesjonelle hjelpere, men den største innsatsen er knyttet til miljøet utenfor tjenestestedene. Modellen håper å fange opp de som "faller mellom alle stoler" og barn som alle har gitt opp. For å sikre samhandling benyttes verktøy fra organisasjonspsykologien, med følgende sentrale spørsmål: Hva er målet for samarbeidet, og hvordan sikrer vi at vi jobber mot samme mål? Hvordan sikrer vi at faglige og relasjonelle utfordringer oss imellom ikke blir til hinder for godt samarbeid? Per dags dato foreligger det imidlertid ingen (offentliggjort) ekstern forskningsbasert evaluering av tilbudet, men interne evalueringer indikerer at tilbudet kan være en virksom måte å hjelpe barnevernsbarn på [44].

## **2.2 Betydningen av det fysiske miljøet**

Når man skal analysere nye botilbud, er det viktig å forstå hvordan det fysiske miljøet setter rammene for ungdommer og ansatte i hverdagen. Med fysiske omgivelser mener vi både lokalisering, bygningenes organisering, interiørets utforming og møblering. Vi skal forsøke å analysere hvordan overordnede mål og føringer står i forhold til de løsninger som er valgt. Men det er ikke er *enkle* sammenhenger vi snakker om [45], da bygningen spiller sammen med flere andre faktorer. Vi kan bruke Kvæfjord ungdomssenter som et eksempel. Senteret ligger midt i naturskjønne omgivelser på Borkenes, har utstyr for og innbyr til både friluftaktiviteter og mekking av biler. Men om ungdommene skal nyttiggjøre seg disse mulighetene, forutsetter det også engasjerte voksne som har kompetanse og interesse for slike fritidsaktiviteter. Det belyser hvordan de fysiske omgivelsene, det organisatoriske og personalets kompetanse samvirker i en tett symbiose og bidrar til det tilbudet som skjer.

### **Samspillet mellom mennesker og fysiske omgivelser**

En bedre forståelse av og et mer bevisst blikk for hvordan de fysiske omgivelsene påvirker hverdagen kan være nyttig når man skal analysere et anlegg. Vi velger her å beskrive fire ulike analyserom, og viser gjennom eksempler hvordan disse kan benyttes bevisst for å støtte det man ønsker. Vi har noen begreper som omhandler dimensjoner eller egenskapsområder ved samspillet mellom bygning og bruker: de funksjonelle, de kommunikative, de sosiale og de sanselige egenskapsområdene [46-48].

**Det funksjonelle** egenskapsområdet handler om hvordan en bygning rent praktisk er gjort tilgjengelig og anvendelig for bruk. Det viktige med denne måten å analysere de fysiske omgivelsene på, er å definere klare bruksområder ved å stille spørsmålene "brukbart til hva?"

og "for hvem?". I dette tilfellet dreier det seg altså både om ungdommenes bosituasjon, de voksnes arbeidsplass og tilrettelegging for alle de praktiske gjøremål som skal foregå i hverdagen. Det handler også om å tydeliggjøre at "de forskjellige brukerne" av huset kan ha ulike behov og perspektiver, og bli bevisst disse. Gjennom konkret å beskrive ulike aktiviteter som skal foregå, kan man vurdere i hvilken grad rommene innbyr til eller lager barrierer for disse aktivitetene.

**Det kommunikative egenskapsområdet** handler om hvordan det fysiske miljøet signaliserer og informerer om bruk, betydning og stemning. Det handler om å forstå omgivelsene som symboler, og som forteller oss hvem sitt "territorium" dette er, eller hva det er tenkt at arealene skal brukes til. Slik kan det fysiske være en viktig fortellerstemme når det gjelder hvordan rommene kan brukes eller skal oppfattes. Det kan illustreres ved at du får en klar formening om hvilket territorium du befinner deg på: Er dette en arbeidsplass, er det noens hjem etc. I hvilken grad kan du uttrykke deg og dine verdier gjennom måten du innreder ditt personlige territorium?

**Det sosiale egenskapsområdet** handler både om hvordan de fysiske rammene gir mulighet til å treffe og føle tilhørighet med andre mennesker, og om hvordan omgivelsene kan bidra til å støtte opplevelsen av integritet eller atskilthet fra andre. De fysiske omgivelsene kan videre bygge opp under opplevelsen av at man også kan ha "sitt helt eget" territorium. Slike steder kan markeres av klare overganger, møbler eller innredninger. Dette kan være gode hjelpemidler for den som beveger seg mellom ulike deler av bygningen. Det handler også om hvor offentlig eller privat arealene er, og hvor mange mennesker man må forholde seg til i arealene.

**Det sanselige egenskapsområdet** handler om hvordan man opplever med ulike sanser – det er stemninger som inkluderer lyd, lukt og kinestetiske og visuelle inntrykk av ulike steder og rom. Dette analyserommet omhandler rommenes atmosfære og den umiddelbare oppfattelsen av rommet. Sansene mottar konstant informasjon i form av stimuli. Vi er både bevisst og ubevisst sansningen, men alle sanseinntrykk lagres i kroppen og i erindringene, og vi kan trekke dem fram.

### **Teori om "hjemlighet"**

Når vi tar i bruk begrepet "hjemlighet" i forbindelse med bygningsdesign og det hverdagslivet som bygningen danner ramme om, er det behov for en nyansert forståelse av begrepene "hjem" og "hjemlighet". Her tar vi utgangspunkt i Ida Wentzel Winthers forskning om hjemlighet [49].

Ofte blir ideen om hjem helt ødelagt eller snudd på hodet når man flytter inn i en institusjon. Med nyanseringen av hjem-begrepet gir Winther mulighet for å trekke veksler på de tre kategoriene "taktikker", "territorium" og "stemning" i arbeidet med å skape opplevelsen av et hjem. Med begrepet taktikker menes å legge til rette for aktiviteter som vanligvis foregår i et hjem. Selv om ideen om et hjem alltid vil svekkes i en institusjon, mener Winther at følelsene av hjemlighet ikke trenger å gjøre det når man er bevisst på å gi plass til å kunne "hjemliggjøre" ved å jobbe med de tre strategiene (kategoriene) nevnt over. Gjennom det kan man opparbeide en personlig opplevelse av hjemlighet i bygningen.

Normalt organiserer og tilrettelegger mennesker selv sitt hjem – både hva angår fysiske rammer, innredning og inventar, og de gjøremål, husregler og stemninger som til sammen

utgjør en opplevelse av hjemlighet. I en institusjon har beboerne ofte begrensede muligheter for å øve innflytelse på hjemmets fysiske ramme. Her er det de ansattes innvirkning på regler, gjøremål (taktikker) og stemninger (mennesker og gjenstander) som avgjør om man føler seg hjemme. Derfor skal det både i utformingen av boligens fysiske ramme og den praksis som foregår på stedet, tenkes over hvordan det bidrar til beboernes opplevelse av hjemlighet. Stemning og taktikker er mobile størrelser og uavhengige av det territoriale hjem. Derfor representerer de et godt utgangspunkt for utvikling av bevisstheten om og konkrete tiltak til hvordan en opplevelse av et hjem skapes. Taktikkene om å gjøre noe til et hjem betyr å omforme det fremmede til noe velkjent. Å føle seg hjemme er derfor en stemning, som retter seg både mot rom og mennesker. Winther mener at stemninger er mobile og kan flyttes. Å føle seg hjemme er betinget av gjenkjennelighet, og av at man passer inn. Det å komme til et sted ofte, bidrar gjerne til at man føler seg mer og mer hjemme.

Det er en selvfølgelighet at man føler seg hjemme i sitt eget hjem. Gjør man ikke det, kan man føle seg hjemløs.

**Å oppleve noe som privat** er en av de viktigste markørene for hjemlighet. Det handler om å oppleve boligen som sitt eget territorium, som et sted der man selv har kontroll. Egne møbler og eiendeler er viktige fysiske markører som er med å underbygge dette. Videre er dette en viktig markør overfor andre, for å tydeliggjøre hvem den enkelte beboer er. Ting man omgir seg med kan, være viktige markører for å synliggjøre ens identitet. Erfaringene viser at både integritet og verdighet kan trues når du må bo tett sammen med personer du ikke kjenner, og når boligen også skal fungere som en arbeidsplass for andre. I tette bokollektiver blir det da spesielt viktig å verne om nettopp den private sfære. Videre er det en spesiell utfordring å kunne tilby en opplevelse av hjemlighet i kollektivet. Det er viktig å tydeliggjøre fellesskapets private arena. I tradisjonelle institusjonsløsninger framtrer disse oftere som offentlige arealer [50] – arealer der ansatte og besøkende kan gå inn uten at man gir seg til kjenne på samme måte som i et hjem. Konkrete markører som kan støtte opp rundt dette, kan være inngangsdører som markerer at "her bor vi". Et annet viktig element er at man har noenlunde kontroll på hvem som "er hjemme" til enhver tid. De mer sanselige dimensjonene av en hjemlig atmosfære handler om størrelser på rom, interiør, farger og materialbruk. Hjemlighet kan på denne måten også skapes for en gruppe i et bokollektiv.

**Hverdagslige gjøremål** kan være en annen viktig markør for å oppleve noe som hjemlighet, enten det er å se på TV, sette inn i oppvaskmaskinen eller delta i matlaging.

### 2.3 Implementering

Begrepet implementering sto sentralt i delrapport 1 fra prosjektet. Der diskuterte vi prosjektets implementeringsstruktur, altså hvordan forberedelsene til etablering av pilotinstitusjonene hadde foregått. BBS og LBS er fortsatt i en implementeringsfase, noe som understrekes ved at de kalles pilotinstitusjoner. Implementeringen kan beskrives som den prosessen som bidrar til at de to pilotene blir startet opp og kommer i ordinær drift, og de konkrete planer, aktiviteter og milepeler som skal sikre at dette skjer. Vår forståelse er at implementering er en langvarig prosess, og en fullstendig "normalisering" av den nye tjenesten vil gjerne skje først lenge etter at den formelle implementeringsperioden er over [51].

Det fins en omfattende forskningslitteratur om implementering av tiltak og tjenester, og hvilke faktorer som bidrar til å fremme og hemme implementeringsprosesser. Et fellestrekk ved mye

av forskningen er at det argumenteres for at kjennetegn ved implementeringsprosessen i seg selv har en effekt på de resultater som til slutt oppnås (eller ikke oppnås). Forskning har vist at en godt gjennomført implementeringsprosess øker sannsynligheten for at man oppnår intensjonene med et tiltak [52]. Det vil imidlertid alltid kunne være utenforliggende forhold (økonomisk klima / budsjettendringer, lovverk etc.) som også vil påvirke utfallet av implementeringen.

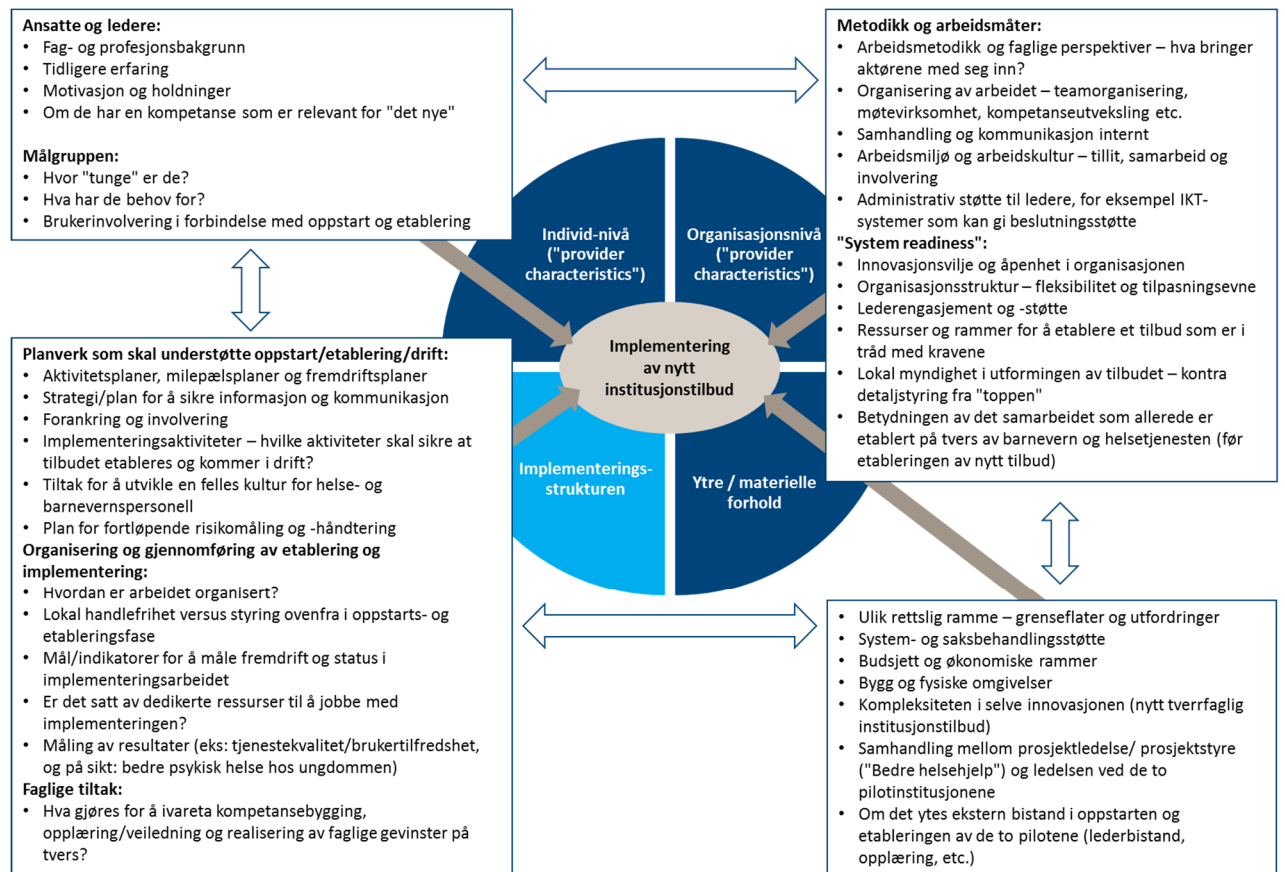
Fixsen, et al. (2005), sitert i [53], beskriver kjennetegn ved implementeringer. Disse kan forstås som en rekke praktiske strategier for å oppnå det ønskede resultatet (ibid.). Strategiene, som er oppsummert punktvis nedenfor, er nyttige for vår vurdering av det nye institusjonstilbudet. Vi vil se hvordan de forskjellige strategiene/punktene er ivaretatt i pilotinstitusjonene.

- **Utvelgelse av ansatte.** Hva slags bakgrunn/utdanning bør ansatte ha, og hvordan skal man velge ut ansatte med de riktige karakteristika?
- **Opplæring av ansatte,** både før oppstart av tiltaket og når tiltaket er i drift. Skape et felles verdigrunnlag, lære bort kunnskap og ferdigheter basert på et felles filosofisk utgangspunkt. Ansatte må få mulighet til å trene på ferdigheter i et trygt miljø og få tilbakemeldinger underveis.
- **Kontinuerlig veiledning** med ledere og foregangspersoner ("champions")
- **Evaluering av ansattes kompetanse** og en vurdering av om kompetansen kommer til nytte i arbeidet med brukerne, samt om ansatte får den nødvendige videreopplæring
- **Måling av resultater** i form av måling av tjenestekvalitet/brukertilfredshet, og i siste instans harde endepunkter (som bedre psykisk helse hos ungdommen)
- **Administrativ støtte til ledere,** for eksempel IKT-systemer som kan gi beslutningsstøtte
- **Tiltak på systemnivå,** det vil si strategier for å sikre finansiell/ressursmessig og organisatorisk støtte

For ytterligere å konkretisere hvilke faktorer som antas å påvirke implementeringsprosesser, har vi utarbeidet en modell der det nye institusjonstilbudet er tjenesten som skal implementeres (i midten av figuren), mens de fire "kakestykkene" rundt viser faktorer som vil påvirke implementeringen. Modellen er basert på Greenhalgh, Robert & MacFarlanes [54] omfattende arbeid med å forstå implementering og spredning av nye tjenester, samt på Durlak & DuPres review-studie av faktorer som påvirker implementering [52]. Modellen viser at det er fire overordnede forhold som vil påvirke en implementeringsprosess: 1) forhold på individnivå, 2) forhold på organisasjons-/institusjonsnivå, 3) ytre/materielle forhold, og 4) egenskaper ved selve implementeringen/implementeringsstrukturen. Modellen er ikke ment å være fullstendig utfyllende, men skal tydeliggjøre en del sentrale faktorer som påvirker en implementering.

Når det gjelder forhold på individnivå, omfatter dette både kjennetegn ved de ansatte og ved ungdommene. For ansattes vedkommende handler det for eksempel om tidligere erfaring, fagbakgrunn og motivasjon for å jobbe ut ifra den nye modellen. For ungdommenes vedkommende handler det om deres hjelpebehov og hvordan de har blitt involvert i utforming av tilbudet. På organisasjonsnivå finner vi faktorer knyttet til metodikk og arbeidsmåte, blant annet arbeidsmetodikk (DBT i dette tilfellet), organisering av arbeidet samt samhandling og kommunikasjon internt i pilotinstitusjonene. Vi finner også faktorer knyttet til endringsvilje og endringsparathed, som åpenhet og fleksibilitet i organisasjonen, ledelse og graden av lokal

innflytelse på endringsprosessen sett opp mot forordninger fra overordnet hold. Ytre forhold, inkludert materielle forhold, er en tredje kategori faktorer. Dette er faktorer som omfatter forhold som lover og regler, IT-systemer, budsjett og økonomiske rammer. Bygninger og fysiske omgivelser er også en faktor som vil kunne påvirke utfallet av implementeringen. Den siste kategorien faktorer faller inn under implementeringsstrukturen. En del av disse er mindre relevante i dag, siden implementeringen/piloteringen har pågått i over ett år. Noe er likevel relevant å undersøke, som tiltak knyttet til felles kulturbygging og kompetanseheving.



Implementeringsmodell for nytt institusjonstilbud

Kilder: Basert på Durlak & DuPre (2008) [52] og Greenhalgh, Robert & MacFarlane (2004) [54]



### **3 Mål og problemstillinger**

Det overordnede målet med følgeforskningsprosjektet har vært å innhente kunnskap og erfaringer og å evaluere etablering og drift av pilotinstitusjonene som prøver ut den integrerte modellen der omsorg og behandling for psykiske vansker gis samtidig. I første del av prosjektet undersøkte vi altså hvordan forberedelsene til etablering og drift av institusjonene var formulert, forankret og forstått (delrapport 1). I den videre delen av prosjektet – når institusjonene nå er i drift – har vi jobbet ut fra tre overordnede problemstillinger med tilhørende forskningsspørsmål:

#### **1. I hvilken grad er det samsvar mellom føringer gitt av nasjonalt prosjekt og dagens praksis i institusjonene?**

Dette inkluderer:

- Hvilken målgruppe har institusjonene når de er i drift?
- Hva er institusjonenes målsetninger, og er de ansatte omforent om målsetningen?
- Hva er erfaringer med varighet på oppholdet?
- Hva er erfaringene med rekruttering av ansatte, og med den anbefalte bemanningen?
- Hvordan er inntak til og utskrivning fra institusjonene organisert, og hvordan fungerer det? Hva slags rutiner er etablert?
- Hvilke erfaringer har de ansatte med å jobbe etter DBT/omsorgs- og endringsmodellen?
- Hva er gjort av konkrete tiltak for å sikre kompetansebygging og øke forståelse for hverandres fagkompetanse?
- Hvordan jobber ansatte fra barnevern og helsepersonell konkret sammen om ungdommene?
- Hva slags erfaringer har institusjonene gjort seg omkring bygninger og omgivelser?

#### **2. Hva er ungdommenes erfaringer med å bo og få behandling ved Bodø eller Lunde behandlingssenter?**

Dette omfatter:

- Hvordan er ungdommenes motivasjon til å delta i behandlingsopplegget?
- I hvilken grad har de innsikt i mål, metoder og behandlingsopplegg?
- Hva synes de om behandlingsopplegget?
- Hvordan opplever de omsorgen ved institusjonene?
- Hva vet de om planer for tiden etter oppholdet ved institusjonen?
- I hvilken grad medvirker ungdommene i utforming av eget tilbud?
- Hva synes ungdommene om de fysiske omgivelsene?

#### **3. Hvilke eventuelle forskjeller med hensyn til implementering og drift fins mellom de to institusjonene?**

- Hvordan kan vi forstå og forklare eventuelle forskjeller mellom dem?

Vi har strukturert presentasjonen av svarene på forskningsspørsmålene på følgende måte: I den første resultatdelen (kapittel 6) tar vi for oss ansatte og eieres erfaringer med det nye institusjonstilbudet i drift. For hvert av temaene/spørsmålene forsøker vi å sammenlikne anbefalingene i rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa [3] med hvordan institusjonen fungerer

i drift. I kapittel 7 viser vi funn fra gjennomgangen av dokumenter som søknader fra barneverntjenesten og behandlingsplaner. Det sier oss noe om målgruppa og hvordan behandlingsopplegget fungerer. I kapittel 9 svarer vi ut hva som er ungdommenes erfaringer med å bo og få behandling på LBS og BBS, basert på intervjuer med dem. I kapittel 10 ser vi på erfaringer med bygninger og omgivelser, med særlig fokus på distinksjonen hjem-behandlingsinstitusjon. I hvilken grad det er forskjeller mellom pilotinstitusjonene, og hvordan de eventuelt avviker fra føringer gitt i nasjonalt prosjekt, blir oppsummert og diskutert i kapittel 11.

## 4 Design, metode og materiale

Prosjektet har vært definert som et følgeforskningsprosjekt. Det betyr at det har vært viktig å formidle vår innsikt til oppdragsgiver underveis i prosjektperioden. Vi har ivarettatt dette på følgende måte:

- Statusmøter (november 2018, mai og oktober 2019 og januar 2020). Diskusjon av forskningsopplegget, funn og planlegging av videre arbeid
- Delrapport I (februar 2019). Beskriver grunnlaget for etablering og implementering av pilotinstitusjonene
- Innlegg på Samarbeidsforum barnevern-helse, hvor også ledere fra de to pilotinstitusjonene var til stede (juni 2019)
- Internt statusnotat (august 2019). Beskrivelse av status
- Et mer omfattende prosjektnotat (november 2019). Presentasjon av foreløpige funn og refleksjoner

Data i prosjektet har blitt samlet inn på forskjellige måter: gjennom innhenting av dokumenter, gjennom intervjuer og gjennom befaring av bygninger. Vi beskriver dette nærmere nedenfor.

### 4.1 Gjennomgang av policydokumenter og faglige dokumenter

I den første fasen av prosjektet, innhentet og analyserte vi en rekke dokumenter. Hensikten var å få innsikt i bakgrunnen for etableringen av pilotinstitusjonene og den nasjonale prosjektgruppas anbefalinger for organisering og innretting av dem. Data og metode er nærmere beskrevet i delrapport 1 [1]. Vi sammenfatter hovedtrekkene her. Relevante dokumenter ble søkt opp og valgt ut av prosjektteamet, med innspill fra oppdragsgiver. Dokumentene omfatter diverse utredninger, arbeidsgrupperapporter, handlingsplaner, politiske dokumenter (rundskriv, retningslinjer, tildelingsbrev etc.), rapporter fra relevante pilotprosjekter og sluttrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen. Sistnevnte rapport gir det mest konkrete grunnlaget og anbefalingene for det nye tilbudet. Det viktigste *kriteriet* for utvalg av dokumenter har vært at de på en eller annen måte skulle inneholde beskrivelser av det nye institusjonstilbudet. Dette kunne være beskrivelser av bakgrunn for etablering, målsetningen med institusjonene, eller mer konkrete beskrivelser knyttet til drift og hvilke resultater som skal oppnås.

En annen viktig kilde til informasjon om forberedelsesfasen ved de to pilotinstitusjonene har vært den dokumentasjonen vi har fått tilgang til fra ledelsen ved institusjonene. Vi har fått innblikk i tegninger av bygninger, mandater for prosjektorganiseringen lokalt, statusrapporteringer, bemanningsplaner og årshjul. Dokumentasjonen har gitt oss oppdatert informasjon på et detaljert nivå om viktige sider ved etableringsfasen. Dette var viktig for å kunne vurdere status på implementeringsprosessen.

Vi bruker også institusjonsplaner og kvalitetshåndbok her i sluttrapporten for å se på hvordan anbefalingene fra prosjektrapporten til den nasjonale arbeidsgruppa virkeliggjøres i de lokale dokumentene. I prosjektrapporten anbefales det for øvrig at de to institusjonene utarbeider en felles institusjonsplan for å unngå u hensiktsmessig variasjon i drift og videre utvikling (s. 57). Institusjonene har hver sin plan, men de er identisk bygd opp og svært like.

## 4.2 Intervjuer med ansatte og befaring ved pilotinstitusjonene

For å få innsikt i hvordan institusjonstilbudet fungerer, sett fra ansattes side, har vi gjort semistrukturerte intervjuer med personalet i institusjonene samt med ansatte i helseforetakene som jobber sammen med institusjonene. Vi brukte en intervjuguide som inneholdt temaer/spørsmål rundt de mest sentrale elementene av modellen. Informantene fikk snakke forholdsvis fritt rundt disse. I de seneste intervjuene stilte vi mer spesifikke spørsmål om temaer vi hadde notert oss at vi hadde lite kunnskap om.

### Sør, Lunde behandlingssenter og Sørlandet sykehus

- Innledende intervju med leder i Bufetat og konstituert leder ved Lunde (okt. 2018)
- Befaring og intervju med fire ansatte: miljøpersonale (mars 2019)
- Gruppeintervjuer med totalt 12 ansatte: ledelse og miljøpersonale (mai 2019)
- Intervju med to fra helse/Sørlandet sykehus (mai 2019)
- Individuelle intervjuer med tre personer fra helse/Sørlandet sykehus (sept./okt. 2019)
- Individuelle/parvise intervjuer med fem personer: ledelse og miljøpersonale (feb. 2020)
- Individuelt intervju med helse/Sørlandet sykehus: psykolog (feb. 2020)

Vi har gjort forsøk på å få intervjuet sykepleierne ved Lunde, men fikk det ikke til.

### Nord, Bodø behandlingssenter og Nordlandssykehuset

- Besøk og innledende intervju ved BBS med tre personer: leder, miljøpersonale (okt. 2018)
- Befaring og intervju med fire ansatte: miljøpersonale (mai 2019)
- Gruppeintervjuer med totalt seks ansatte: ledelse og miljøpersonale (mai 2019)
- Individuelle intervjuer med tre personer fra helse/Nordlandssykehuset (sept. 2019)
- Individuelle intervjuer med fire personer: ledelse og miljøpersonale (jan.-feb. 2020)
- Parvist intervju med helse/Nordlandssykehuset: to psykologer (feb. 2020)

### Nasjonal prosjektgruppe

- To personer (nov. 2018). Flere av informantene over har også sittet i den nasjonale prosjektgruppa.

Totalt antall informanter som har uttalt seg, er 53, men siden en del av informantene har blitt intervjuet flere ganger, er utvalget på omtrent 35 personer. Om lag halvparten av intervjuene ble gjort ansikt til ansikt, mens de andre ble gjort på Skype eller telefon. De fleste intervjuene ble tatt opp og transkribert ad verbatim av studentassistenter. I et absolutt flertall av intervjuene har vi vært to intervjuere fra prosjektgruppa. Alle intervjuutskriftene har blitt gjennomlest, og vi har diskutert funnene på tvers av prosjektgruppa i en rekke prosjektmøter og med oppdragsgiver.

## 4.3 Besøk ved eksempelinstitutioner

Vi har også gjennomført befaring ved to institusjoner som kan tjene som forbilder for pilotinstitusjonene, henholdsvis ved Kerteminde i Danmark og Kvæfjord Ungdomssenter. Hensikten har vært å bidra til å åpne mulighetsrommet for hva en barnevernsinstitusjon kan være, og la oss inspirere. Disse institusjonene er valgt ut fordi det ene tilbudet (Villaen i Kerteminde) er utformet etter en omfattende brukerprosess og omtales som "fremtidens børnehjem"

i dansk sammenheng. Det andre (Kvæfjord Ungdomssenter) er det prosjektet som begge de norske tilbudene/pilotinstitusjonene henviser til som referanseprosjekt. Befaringene besto av omvisning på de to tilbudene samt intervjuer med ansatte om erfaringene med løsningene. Ingen av de to barnevernsinstitusjonene har eksakt den samme målgruppa som de to pilotene (Bodø og Lunde Behandlingscenter), men vi ser det likevel som nyttig å ha flere konsepter å sammenlikne med når løsningene drøftes. Kerteminde viser hvordan barnas perspektiv og prioriteringer er omsatt til konkrete løsninger. I Kvæfjord er de spesielle naturomgivelsene brukt til ulike aktiviteter som gir andre rammer for at terapeutiske samtaler kan finne sted.

#### **4.4 Individuelle intervjuer med ungdom**

Vi har også intervjuet ungdommene, hvor de framfor alt forteller om sine erfaringer med behandlingsopplegget og det å bo i institusjonene. På bakgrunn av fritt, informert samtykke er i alt seks individuelle intervjuer gjennomført med ungdom som bor på Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde (LBS). Én gutt og fire jenter mellom 14 og 17 år har deltatt som informanter. Den ene jenta har blitt intervjuet to ganger (mai og oktober 2019). De øvrige ungdomsintervjuene ble gjennomført i september og oktober 2019. Ungdomsinformantene ble rekruttert via institusjonsledere og miljøpersonell ved de respektive institusjoner. Samtlige intervjuer er gjennomført i institusjonene av to forskere tilknyttet prosjektgruppa. Én forsker gjorde intervjuene i Bodø. Den andre forskeren gjorde intervjuene i Lunde. Forskerne benyttet en halvstrukturert intervjuguide, og varigheten på intervjuene varierte fra 40 minutter til opp mot en og en halv time. I samråd med den enkelte ungdom ble det gjort lydopptak av intervjuene. I etterkant ble samtlige lydopptak hørt igjennom og transkribert, og utskriftene har blitt lest gjennom og drøftet av flere forskere i prosjektgruppa.

*Metodiske refleksjoner:* Det har vært noe utfordrende å sammenlikne intervjuene ved BBS med intervjuene ved LBS fordi de to institusjonene var på ulike stadier med hensyn til integrering og etablering av DBT og OEM da datainnsamlingen ble gjennomført. LBS var i en oppstartsfase og hadde ikke kommet skikkelig i gang med å ta i bruk alle de ulike komponentene i behandlingen. Ved BBS syntes DBT og OEM å være integrert og etablert på en helt annen måte enn ved LBS. Det betyr at ungdommene ved henholdsvis BBS og LBS svarte på bakgrunn av omstendigheter og erfaringsgrunnlag som var til dels divergerende. Det er ikke tvil om at ungdommene ved BBS hadde mest kjennskap til DBT og OEM på dette tidspunktet. På tross av disse ulikhetene er det viktig at vi påpeker likheter og ulikheter mellom institusjonene, men vi vil understreke at funnene må leses med dette i mente.

#### **4.5 Dokumentanalyse av anonymiserte opplysninger om ungdommene**

For å kunne følge den enkelte ungdom over tid og få mer detaljerte opplysninger og innsikt i hvordan institusjonene arbeider med DBT og OEM har vi gjort analyser av ulike anonymiserte dokumenter. I utgangspunktet etterspurte vi innsyn i følgende saksdokumenter fra BBS og LBS:

- Vurdering av inntak med vurdering/inntaksbrev
- Tiltaksplan
- Periodeplan OEM (en fra hver måned i oppholdet)
- Sjekkliste for Plan for ekstra hjelp (en fra hver måned i oppholdet eller de som finnes hvis det gjøres sjeldnere)
- Dagbokkort (ett fra hver måned i oppholdet)

- Vurderingsrapporter/underveisrapporter
- Referater fra ansvarsgruppemøte
- Avslutnings-/utskrivningsrapporter

Dokumentgjennomgangen omfatter en studie av saksdokumenter knyttet til ni ungdommer som bor eller har bodd ved BBS og LBS. Mer spesifikt gir de samlede dokumentene opplysninger om situasjonen til fem ungdommer, tre jenter og to gutter i alderen 14-17 år ved BBS. Dokumentmaterialet fra LBS gir opplysninger om fire ungdommer, samtlige er jenter i alderen 15-17 år.

Det er betydelig variasjon når det gjelder type og mengde dokumenter vi har fått innsikt i knyttet til den enkelte ungdom. Ulik botid er én mulig årsak til dette; det foreligger selvsagt mindre materiale knyttet til en ungdom som har hatt botid i to måneder, sammenliknet med en ungdom som har hatt botid i seks måneder. En annen årsak kan være selve prosessforløpet i institusjonene: Hvor mye erfaring og innsikt ledelsen og personalet har i de metoder og modeller som skal anvendes, kan tenkes å ha noe betydning for hvilke dokumenter som fylles ut, når de eventuelt fylles ut, og i hvilken grad. Utover dette mangler det en del grunnleggende dokumenter/informasjon som høyst sannsynlig foreligger, men som av ukjente årsaker ikke er tilsendt. Hvilke dokumenter som mangler, varierer mellom institusjonene og fra sak til sak. Alt i alt har vi langt flere dokumenter fra BBS enn fra LBS.

#### **4.6 Etikk**

I prosjektet har vi jobbet etter samfunnsvitenskapelige forskningsetiske retningslinjer [55] og EUs personvernforordning, GDPR. Det innebærer blant annet å gi studiedeltakerne tilstrekkelig informasjon om formålet med forskningen og hvordan resultatene skal brukes, om ivaretagelse av personvern hos deltakerne, og om mulighetene for å trekke seg. Prosjektet er meldt til – og tilrådd av – Norsk senter for forskningsdata og SINTEFs personvernombud for forskning.

Informantene i studiene, både ungdom og ansatte, har fått muntlig og skriftlig informasjon om studien. Vi utformet et informasjonsskriv som informantene har fått. Ansatte har enten fått det tilsendt i forkant, eller i møte med forskerne, mens ungdom har blitt forespurt om å stille opp på intervju av de ansatte på institusjonene og har deretter fått informasjonsskrivet. Deltakerne har samtykket skriftlig.

Alle lydfiler fra intervjuene har blitt oppbevart på et adgangsbegrenset, passordbeskyttet område på server hos SINTEF. Ved prosjektslutt slettes lydfilene. Vi har etterstrebet å ivareta informantenes anonymitet. Særlig viktig har det vært å ivareta ungdommenes anonymitet. Sitater og omtaler av dem gjengis derfor verken med kjønn eller alder, så sant det ikke er av vesentlig betydning å vite alderen på ungdommen (for eksempel ung eller "gammel" ungdom). Når det gjelder ansatte, har vi også i størst mulig grad forsøkt å holde dem anonyme ved å beskrive stilling og bakgrunn i minst mulig detalj. For de som er godt kjent i institusjonene, kan vi imidlertid ikke utelukke at noen kan gjenkjenne hverandre.





seks boenheter organisert i et bokollektiv. Det er tre ordinære boenheter med egne bad i hver av de to etasjene, samt en enhet tilgjengelig for rullestolbruker i begge etasjer. Måltider og aktiviteter foregår felles, primært i stue/kjøkken og i aktivitetsrommet. Småstuene benyttes når man ønsker å se på tv eller gjøre lekser sammen i en mindre gruppe. Det fins to leiligheter på Lunde som kan disponeres ved besøk, familiearbeid eller hybeltrening.

Dette var den andre institusjonen som ble valgt. I intervjuene har flere stilt seg spørrende til hvorfor Lunde ble valgt, men vi har ikke innsikt i denne beslutningen. Mange mente imidlertid at Bufetat Region sør hadde hatt mer enn nok utfordringer med flere vanskelige saker de senere årene, og at dette ikke var det riktige stedet å legge en pilotinstitusjon.

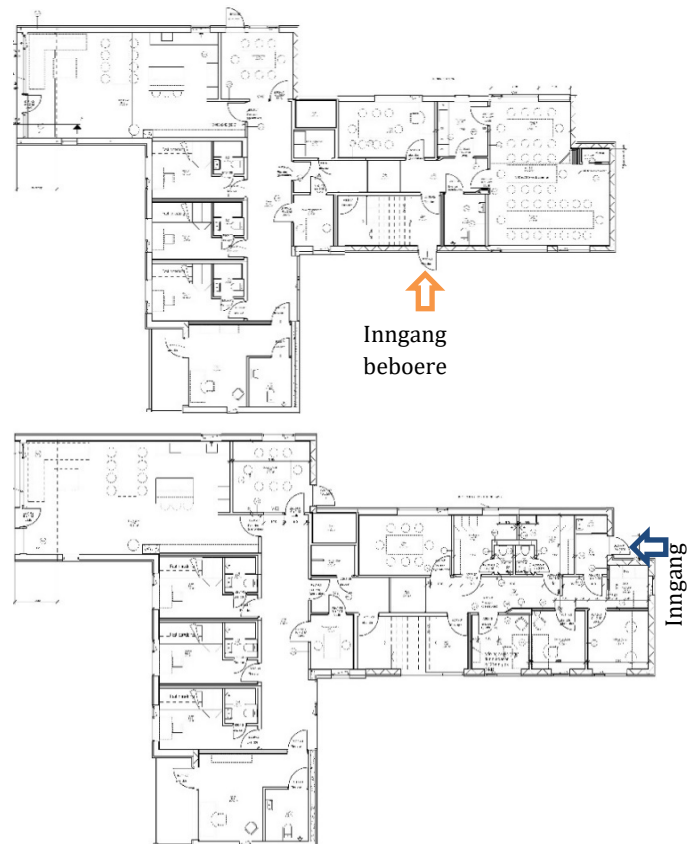
Omstillingen ved Lunde kjennetegnes ved:

- Skifte av ledelse, både leder for institusjonen og avdelingsledere
- Stor omstilling, flere ansatte måtte slutte ved Lunde. Som vi beskrev i delrapport 1, var det en del ansatte som ikke fikk fortsette på Lunde, fordi de ikke hadde den rette fagbakgrunnen. 12 stykker ble imidlertid med videre i pilotinstitusjonen og fikk/får opplæring i DBT.
- Hadde ingen erfaring med DBT/OEM
- Stor ombygging av lokalene, ny bygning
- Mens lokalene ble bygd om, var det ingen ungdommer som bodde der.
- Langvarig og godt samarbeid med ABUP Sørlandet sykehus



Plantegninger til høyre viser ombygd løsning. Øverst ser vi plan 1 med inngang for ungdommene vist med rød pil (se også øverste bilde til venstre), og nederst plan 2 med inngang for de ansatte vist med blå pil.

Arkitekter: Rambøll Norge AS



## **Bemerkninger rundt implementeringen**

Fra den korte beskrivelsen av pilotinstitusjonene over ser vi at de altså hadde ganske forskjellig utgangspunkt for det arbeidet som skulle gjøres. Derfor er det naturlig å forvente at det preger resultatene og erfaringene de gjør seg nå. En av hovedforskjellene går på at det ved BBS i liten grad har vært utskifting av ansatte, mens ved LBS måtte mange ansatte (omtrent halvparten) fra "gamle Lunde" slutte ved institusjonen fordi de ikke tilfredsstilte kravene til formell utdanning som kom med det nye institusjonstilbudet. Når det gjaldt ledelse ved institusjonene, hadde LBS vanskeligheter med å få rekruttert leder, og hadde en periode en konstituert leder før ny leder startet våren 2019. Nye avdelingsledere har også blitt ansatt. Ved BBS har leder vært med gjennom hele implementeringsprosessen og satt også i den nasjonale prosjektgruppa. BBS har imidlertid også ansatt nye avdelingsledere. Totalt sett har likevel BBS en langt større stabilitet i personalgruppa enn de har hatt ved LBS. En annen stor forskjell mellom institusjonene er erfaringen og tilliten til DBT som hensiktsmessig arbeidsmetodikk. Ansatte ved Bodø behandlingssenter hadde erfaring med både DBT og OEM, mens ansatte ved Lunde ikke hadde det.

### **5.1 Organisering av samarbeidet mellom barnevern og helse**

En hovedkomponent i det nye institusjonstilbudet er tett samarbeid og samlokalisering mellom barnevern og helse. Personalet fra barnevern og fra helse (psykologer, sykepleiere og legespesialist) er ansatt i henholdsvis Bufetat og helseforetaket, men har felles arbeidsplass ved institusjonene. I februar 2020 så dette samarbeidet ut som beskrevet nedenfor.

**Bodø behandlingssenter:** To psykologer er til stede fire dager i uka. Begge arbeider i 100 prosent stilling ved BBS. Psykologene har egne kontorer på BBS, og de deltar i varierende grad i miljøet med ungdommene i det daglige (anslått til alt fra ti minutter én dag til flere timer en annen dag). De kan for eksempel være med å spise et måltid, eller bare være i miljøet. Felles inngangsparti for både ansatte og ungdom gjør uansett at de treffer på hverandre i løpet av en dag. Hoveddelen av psykologenes aktivitet består imidlertid av deltakelse i møter, individuelle samtaler med ungdom, deltakelse på ferdighetstrening med hele ungdomsgruppa og veiledning av personalgruppa.

BBS hadde i februar 2020 ikke fått ansatt legespesialist, så de brukte en fast legespesialist fra Nordlandssykehuset som kommer til BBS ved behov. Det ble anslått at legespesialisten var i en 10-20 prosent stilling ved BBS. Legespesialisten jobber med medisin håndtering og en del somatiske utredninger av ungdommene. Det var ingen sykepleiere ansatt i helseforetaket og i arbeid ved BBS i februar, men det var ute en stillingsutlysning der man søkte etter én sykepleier.

Inntak gjøres gjennom et inntaksråd som består av representanter fra både barnevern og helse.

Samarbeidsmøter på ledernivå mellom barnevern og helse foregår gjennom samarbeidsmøter hver 14. dag. På disse møtene gjør man en gjennomgang av saker og koordinert hjelp, samt at man går gjennom hvordan samarbeidet fungerer. Regionalt skjer samarbeid gjennom styringsgruppemøter der regiondirektør og avdelingsdirektør i Bufetat treffer personer fra Helseforetaket og sykehuset. Dette skjer omtrent hver tredje måned.

**Lunde behandlingssenter:** Én psykolog jobber 100 prosent og skal være halve tiden ved LBS og halve tiden ved Abup, Sørlandet sykehus. I praksis anslår psykologen det til 70-80 prosent

tilstedeværelse ved LBS. Psykologen tilbringer svært lite tid i miljøet med ungdommene, det er det ikke tid til siden det er mange faste aktiviteter som må gjennomføres. Hovedaktivitetene er som for psykologene ved BBS: deltakelse i møter, samtale med ungdommene og veiledning av personalet.

Videre jobber to sykepleiere som miljøterapeuter i 100 prosent stilling ved LBS. De er ansatt i helseforetaket. Det skal ansettes ytterligere to sykepleiere, og det var en stillingsutlysning ute på tidspunktet for datainnsamling (feb. 2020). Legespesialist kommer en dag i uka til LBS og snakker med ungdommene om eventuelle medisiner og gjør somatisk sjekk ved behov.

Som ved BBS, gjøres inntak gjennom et inntaksråd med representanter fra barnevern og helse.

Samarbeid på ledernivå mellom barnevern og helse er i dag organisert slik at det er jevnlig samarbeidsmøter hver 3. eller 4. uke. Det er snakk om å ha et enda fastere intervall mellom møtene. Her deltar leder ved institusjonen, avdelingsleder, psykologspesialist og psykolog fra Abup. Det har også kommet fram et behov for møter som omhandler organisatoriske saker, hvor litt færre deltar, så dette er på planleggingsstadiet. Videre har LBS faste samarbeidsmøter med ledelsen ved sykehuset og ledelsen i Bufetat region sør omtrent annenhver måned. Det jobbes også med å få på plass en styringsgruppe.

#### **Samarbeid på tvers av institusjonene**

Det er lagt opp til et visst samarbeid på tvers av BBS og LBS for at de skal kunne utveksle erfaringer og lære av hverandre. Per i dag er samarbeidet imidlertid ikke så veldig omfattende. Det er lagt noen rutiner for treffpunkter på digital plattform (Teams), men de ble beskrevet som "ikke skikkelig i gang ennå". Videre møtes deler av personalgruppa på såkalte Lærende samfunn en gang i uka, der de diskuterer saker og får veiledning i DBT. Dette kan betraktes som en arena for erfaringsutveksling og et skritt i å få til en felles praksis på tvers av institusjonene. I tillegg har noen ansatte fra BBS og LBS dratt på besøk til den andre institusjonen.

## 6 Resultater: Ansattes erfaringer

En hovedproblemstilling i følgeforskningsprosjektet er altså å vurdere i hvilken grad det er samsvar mellom føringene gitt av det nasjonale prosjektet – som formulert i den nasjonale prosjektrapporten – og hva som praktiseres i institusjonene i dag. Konkret betyr det at de som skal drifte institusjonene, må se til prosjektrapporten og legge opp tilbudet etter anbefalingene som framkommer der. Det betyr igjen at en må fortolke anbefalingene. I intervjuene kommer det fram at noen av anbefalingene er konkrete og enkle å forholde seg til, mens andre oppleves som vage. Det åpner opp for et fortolkningsrom og en viss variasjon. Fra implementeringslitteraturen vet vi også at selv om anbefalingene er entydige, vil det som regel oppstå en lokal tilpasning av tiltaket [56]. I prosjektet har vi derfor hatt en forventning om å se både fellestrekk og særpreg ved de to pilotinstitusjonene. Videre i dette kapitlet går vi gjennom hvordan pilotinstitusjonene og ansatte der virkeliggjør og erfarer følgende sentrale elementer av modellen: (6.1) målgruppe, (6.2) målsetninger med institusjonsoppholdet, (6.3) botid/oppholdstid for ungdommene, (6.4) rekruttering av personell med særlig fokus på helsepersonell, og erfaringer med sammensetningen av personell, (6.5) felles fagsyn i form av DBT/OEM og (6.6) hvordan ansatte fra barnevern og helse konkret jobber sammen.

### 6.1 Målgruppe og inntak til institusjonene

Vi ser først på målgruppa ved institusjonene. *I hvilken grad samsvarer ungdommene som bor (har bodd) ved institusjonene, med den anbefalte målgruppa?*

Den nasjonale prosjektrapporten bruker en god del plass på å beskrive målgruppa for institusjonene. Prosjektgruppa anbefaler at ungdommer med omsorgssvikt over lang tid naturlig er en del av målgruppa. Større psykiske vansker er ofte et resultat av omsorgssvikt, og ungdommene som er aktuelle for pilotinstitusjonene, vil typisk ha utviklet utviklingstraumer på grunn av omsorgssvikt. De har dermed behov for både omsorg og psykisk helsehjelp. Det er også påpekt i rapporten at mange av ungdommene vil ha erfaringer med akuttinnleggelse i psykisk helsevern, og/eller har mottatt flere andre tiltak i helse og barnevern uten at tidligere tiltak har ført til større grad av mestring og livskvalitet. Inklusjonskriteriene for målgruppa er beskrevet som følger:

- Ungdom 13-18 år (23 år) aldersspenn fra ungdomsskole og ut videregående skole)
- Vedtak om døgnbasert tiltak etter barnevernloven (ikke akutt)
- Lavt 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 prøvd

Videre heter det at "Alle kriteriene bør være oppfylt for å bli tilbudt plass i det nye institusjons-tilbudet." Prosjektrapporten beskriver også eksklusjonskriterier for inntak. Disse er delt i fire kategorier:

- Der behandlingsmodellen ikke vil passe hjelpebehovet til ungdommen
- Der ungdommen kan benytte annet eksisterende hjelpetilbud med samme forventet eller bedre resultatoppnåelse
- Risiko knyttet til sikkerhet for andre barn og unge ved institusjonen
- Alvorlige somatiske eller psykiatriske hjelpebehov som krever innleggelse i helse-tjenesten (s. 14)

Som vi ser, er det altså formulert forholdsvis spesifikke kriterier, samtidig som det er rom for fortolkning. Det gjør inntak og vurdering av søknader til en oppgave som må gjøres grundig for å finne ungdom som kan ha utbytte av oppholdet og behandlingen.

### 6.1.1 Prosedyrer for inntak

Det er utarbeidet et felles skjema for inntak/søknad til institusjonene. Konkret foregår søknad og inntak ved at skjemaet fylles ut av den kommunale barneverntjenesten. Deretter vurderes søknaden av et inntaksteam. Inntaksteamet består av institusjonsleder og eventuelt en avdelingsleder ved institusjonen og en dedikert rådgiver i inntak i Bufetat, samt en representant fra psykisk helsevern (typisk psykologene). Disse vurderer søknaden og ser om ungdommen oppfyller kriteriene for å få plass ved en av institusjonene.

I dag ser det ut til at de ungdommene som får tilbud om plass, fyller inklusjonskriteriene. I oppstartsfasen, ved de første inntakene, var det imidlertid ungdom som av ulike årsaker ikke tilfredstilte kravene til å få plass ved institusjonene, men som likevel fikk plass ved LBS og BBS. Begge institusjonene nevner i alle fall én ungdom som ikke burde ha vært der. For eksempel sa en informant: "Vi var uheldige med de første inntakene, kanskje spesielt med det ene inntaket, [den ungdommen] skulle jo aldri ha vært her".

Informantene beskriver at det var en forventning ovenfra om at plassene skulle fylles opp fort. En informant mente at det hadde vært "et visst press" på å få ungdom på plass, underforstått at det hadde gjort at institusjonene hadde lempet på inklusjonskriteriene og tatt inn ungdom som ikke burde ha vært der. På LBS forteller informanter at de nå er veldig tro mot prosjektrapporten og tar ikke inn andre enn de som er definert i målgruppa, og som er motivert. Likedan framhevet informantene ved BBS at det er viktig at ungdommene som flytter inn, fyller inklusjonskriteriene. Det er altså en generell oppfatning at det er svært viktig å holde seg til inklusjonskriteriene for målgruppa, og ikke la seg presse eller stresse til å fylle opp institusjonen med ungdommer som egentlig ikke passer inn. Som en av informantene sa det i første intervjurunde:

*Vi måtte være veldig tydelig på at disse fyller ikke opp alle kriteriene. Vi har et avvik, men vi kan faktisk ikke ha et avvik til fordi da slår vi bena under oss i forhold til hva prosjektet skal være. (BBS)*

Tempoet i inntaket kan det også stilles spørsmål om. I en tidlig fase i pilotprosjektet opplevde i alle fall LBS at det gikk for raskt fra søknaden om institusjonsplass ble godkjent til ungdommen flyttet inn. Ifølge institusjonsplanen skal det ta fire uker. Når det gikk såpass raskt, fikk ikke personalet forberedt seg tilstrekkelig.

### 6.1.2 Det "gode inntaket"

Hvordan skal man så jobbe for å sørge for at det er de "rette" ungdommene som får tilbud om plass og vil ha nytte av tilbudet? Informantene forteller om en utvikling i hvordan inntakene gjøres, og at man har lært av erfaringer hva som er viktig. En informant fortalte:

*Vi gikk jo fra å ha en plassering i mars, der nesten ingenting var på plass, til å gjøre oss noen veldig gode erfaringer fra inntak til inntak. Så det siste inntaket vi hadde nå, er jo det beste inntaket vi har hatt. Det sa vi jo og i desember, og det sa vi og i august.*



*Ikke sant? Vi lærer noe av hvert inntak, og bruker veldig aktivt den måneden før plassering (...) Et godt inntak, det er jo kartlegging, gode samarbeidsmøter der man får snakket om de ulike rollene, der vi får barneverntjenesten på banen. At de har en forståelse for hva dette innebærer. God dialog med ungdommen, å gi størst mulig forståelse for at vedkommende vet hva dette innebærer. Godt planlagt første ukene ungdommene kommer. Det har vi jo sett at har hatt en enorm effekt. (LBS)*

En informant som sitter i inntaksrådet, fortalte at de nå har **samtaler med ungdom før inntak**, noe de i mindre grad hadde tidligere. Informanten trekker fram at det er særlig viktig at ungdommene får beskrevet hva DBT er. Hun forklarer at for mange ungdommer er det en ny og ukjent tenkemåte å jobbe etter DBT: ungdommen må akseptere en del utfordringer og ta ansvar for deg selv. Ved å snakke med ungdommene i forkant får hun en bedre fornemmelse av om de klarer å tenke på den måten, eller om det blir feil for dem. Etter hennes mening er de beste inntakene de hvor man først har hatt et møte for å få gi informasjon, så har ungdommen fått tygge på det, og så følger man opp med et nytt møte (LBS).

### **Motivasjon og forpliktelse til endring**

Et viktig element i et godt inntak er altså å finne ungdom som "passer til modellen", som en informant uttrykte det. Beskrivelsen av målgruppa i den nasjonale prosjektrapporten er såpass vid at det krever skjønnsmessige vurderinger av hver enkelt ungdom, særlig når det gjelder vurdering av ungdommens motivasjon og forpliktelse til behandling. Motivasjon og forpliktelse hos ungdommene er et tema mange har snakket om i intervjuene. En av informantene forteller en historie om en ungdom som ikke var særlig motivert for behandling, men likevel ble tatt inn:

En ungdom med usikker motivasjon tatt inn på våren 2019. "Om det var klokt, kan vi diskutere", forteller en av de som var med på inntaket. I beskrivelsen av inntaket kan det virke som ungdommen ikke var godt nok kartlagt før vedkommende ble tatt inn, men grunnet "tilleggskomplikasjoner" som at den plassen ungdommen hadde i et privat barnevernstiltak, var sagt opp av omsorgsgiver, ble det besluttet at ungdommen skulle få prøve institusjonen. Informanten forteller at de ville gi ham en måned der, og se om det fungerte, og ungdommen ga uttrykk for en viss motivasjon. Men etter hvert viste det seg at ungdommen ikke var interessert i "behandling", og psykologen måtte derfor trekke seg vekk siden ungdommen var over 16 år. Grunnet for å bo på institusjonen var dermed borte, og ungdommen ble flyttet ut.

Alle informantene vi har snakket med er enige om at motivasjon for behandling/endring ikke er en stabil faktor, men kan variere fra dag til dag og til og med fra time til time. Det er vanskelig å avgjøre hvorvidt en ungdom er motivert. Noen informanter var kritiske til at motivasjon skal være et slags inntakskriterium:

*Jeg synes at å ha motivasjon som ett inntakskriterium er tulle. Utgangspunktet mitt er at ingen mennesker i hele verden har lyst å bo på en institusjon. Men så skal vi overtale de og overbevise de om at det kanskje er behov for det. Men motivasjon må vi uansett hjelpe de med. Dette vil svinge og da gjør vi det om til noe spesielt som vi bruker mye tid på. Det synes jeg er litt rart. (...) Hvordan skal vi måle motivasjon? Det er jo veldig subjektivt. Da må du ha noen veldig spesifikke kriterier hvis du skal måle. Du kan ikke måle det tenker jeg. Motivasjon handler så veldig mye om følelser, det er betinget der*

*og da, hvem du prater med, hvor mye du har skjønt det som har blitt sagt til deg, har du forstått. Det er så mange variabler inne i dette som gjør at det i utgangspunktet blir umulig. (LBS)*

Inntrykket vårt er likevel at de fleste informantene erfarer at man må forsøke å gjøre en innsats for å kartlegge motivasjon, selv om den kan være kontekstavhengig og svingende. En av informantene i inntaksteamet forteller at ingen forventer at ungdommene skal skåre 10 på motivasjon, men det viktige er at ungdommen er klar over hva institusjonsoppholdet og DBT går ut på. Hvis ungdommen overhodet ikke har noen ønsker om å jobbe med endring, vil ikke BBS eller LBS være riktig sted. Men som informanten sier: "Samtidig så er det også ganske lite vi tenker er nok til at man kan begynne å jobbe, sånn må det jo være" (BBS). Nå som inntaksprosessene er strammet litt til, altså at man er strengere med hvem som tas inn, betyr det også at flere blir avvist. Det kan oppleves vanskelig. Ansatte ved institusjonene er ikke vant til å tenke at ungdom ikke passer, forteller en av informantene. Det er imidlertid viktig at man holder seg mest mulig strikt til inklusjonskriteriene og til ungdom som er motivert for endring, mente en annen informant. Ellers kan man risikere at ungdom tas inn for så å måtte flytte ut igjen, og dermed får de med seg et ekstra (og unødig) institusjonsopphold og enda en negativ erfaring,

I intervjuene har det også blitt tatt opp et par andre poeng knyttet til inntak. Det ene handler om at man må være bevisst på miljøet og ungdommene som allerede er på institusjonen når de vurderer søknader. "Dette er noe som vi alltid har med i et inntaksråd", forteller en informant som sitter i inntaksrådet. Den behandlingen som kan tilbys, må nødvendigvis gis innenfor de rammene som er. Det vil være ungdommer på BBS og LBS som har problemer med selvskading, rus og utagering. For noen kan det oppleves som svært utrygt. Følgelig må man vurdere ungdommen som det søkes plass for, opp mot det eksisterende miljøet ved institusjonen. Men samtidig, som en informant påpeker: Det er ofte ikke noe alternativ B. Det er institusjonen, eller ingenting.

Et annet poeng som har blitt tatt opp knyttet til inntak, er samarbeidet med barneverntjenesten og deres forventninger til institusjonsoppholdet. Forventningene er særlig knyttet til lengde på oppholdet. En informant forteller: "Vi har en ungdom som hadde vært i 13 tiltak før hen kom til oss, og så sier barneverntjenesten at, okay, vi kan flytte hen, vi har tro på tiltaket, men da må hen være der en stund. Og så sier vi, ja, det skal hen, hen skal lære seg nye ting, vi skal klare å hjelpe hen (anonymisert inst.). Men, som informanten fortsetter å fortelle, oppholdet er selvfølgelig avgrenset til en definert tidsperiode, og dette er en ganske ung ungdom, så det er ingen mulighet for at ungdommen kan bo der til vedkommende kan flytte for seg selv. Slike drøftinger oppstår, og vil høyst sannsynlig fortsette rundt inntak. Informanten ved institusjonen forteller at de prøver å være veldig tydelige med barneverntjenesten ved inntak at tilbudet i utgangspunktet ikke gis i mer enn mellom et halvt og ett år. Deretter må ungdommen inn i et annet tiltak. Vi ser derfor antydninger til et motsetningsfylt forhold der institusjonene vil holde seg til kriteriene og ikke ha ungdom boende for lenge, mens kommunene ønsker at ungdommene skal være der lenge. Vi har ikke intervjuet noen i barneverntjenesten, så vi har ikke deres egne ord på forventninger til institusjonen. Men ut ifra det informantene ved institusjonene sier, kan vi anta at forventet oppholdstid er et tema som må kommuniseres tydelig. Vi kan også slutte oss til at jo mer kjent tilbudet blir, jo mer bevisst vil barneverntjenesten være på at institusjonsplassen er en kortvarig løsning.



Et siste poeng når det gjelder inntak og målgruppe, er at målgruppa – som en informant forteller det – så langt er plassert med hjemmel i barnevernslovens § 4-12. Det vil si at foreldrene frivillig har samtykket til at barnevernet overtar omsorgen for den unge. Ved institusjonen har de etter hvert erfart at også andre ungdommer oppfyller inklusjonskriteriene, men at de ikke har en 4-12 omsorgsovertakelse. I en videre diskusjon av målgruppa vil det være viktig å avklare om 4-12 må være plasseringsgrunnlaget.

### 6.1.3 Smitteeffekt blant ungdommene?

Et tema som mange av informantene har vært inne på, er risikoen for smitteeffekt blant ungdommene som bor ved pilotinstitusjonene. Det er en konsekvens av avgrensningen av målgruppa at alle ungdommene ved institusjonene vil ha omfattende problemer og utfordringer, og informantene argumenterer derfor for at man må være "veldig obs" på den effekten ungdommene vil ha på hverandre. En av informantene erkjenner smitteeffekten, og er spent på hvordan det blir med stadig flere ungdommer under samme tak:

*Vi er litt spent på det, fordi nå har vi tre ungdommer. Vi får snart fire, og kanskje fem. Og vi kan vel egentlig bare si at det er smittomt. Det er jo en av disse tilbagemeldingene vi får også, fra psykologer i BUP-systemet, at: har dere tenkt på det? Å ha ungdom med så lik problematikk, under samme tak. Så jeg er faktisk litt spent på det. Nå har vi ikke noe sånn voldsom selvskading akkurat nå. Sånn hvert fall ganske kontrollert. Men det kan bli en ganske stor utfordring for oss på sikt. (LBS)*

En annen informant sier seg enig i at når ungdommer med store vansker og store utfordringer er samlet på ett sted, så vil de åpenbart ha påvirkning på hverandre. Det er følgelig en mulighet for at de kan ha negativ effekt på hverandre og at de faktisk blir dårligere. Hvordan kan de ansatte ved pilotinstitusjonene angripe dette problemet? For det første gjøres det gjennom risikovurderinger av den enkelte ungdom og hele ungdomsgruppa. Ved BBS fortalte en av informantene at de gjør risikovurdering hver dag. Da går de gjennom risiko knyttet til den enkelte ungdom og hele ungdomsgruppa, og vurderer nivået på risikoen – hva som potensielt kan oppstå av situasjoner, og hvordan de voksne skal takle risikoen. Det kan handle om at de ansatte skal være litt ekstra på vakt og hvordan de skal snakke med ungdommene om det. Men, som noen påpeker, det er ikke alltid man klarer å se smitteeffekter i praksis. Noen ungdommer holder stor avstand når de har det særlig vanskelig, og ikke minst foregår mye digitalt. Det gjør det vanskelig for de ansatte å holde oversikt.

For det andre kan smitterisiko være et argument for å minimere oppholdstiden på institusjonen, mener informanten. På den måten kan man i alle fall minske sjansen for negativ påvirkning. En annen informant mente at hele problemet med smitteeffekt kunne unngås om ungdommene heller kunne få være på steder (institusjoner) hvor målgruppa ikke strevet med de samme problemene. Og så kunne de heller fått psykisk helsehjelp på det stedet.

Problemet med smitteeffekt er altså godt erkjent. En av informantene framhevet at når ungdommene nå først er samlet under samme tak, så må man lære dem hvordan de skal håndtere situasjoner som selvskading og utagering, som kan ha en smitteeffekt. Vedkommende mente at smitteeffekten trolig ville vært enda større hvis de ikke hele tiden hadde jobbet med ungdommene og lært dem at hver enkelt har ansvar for eget liv. Denne lærdommen kan altså

betraktes som et virkemiddel for å forhindre at ungdommene adopterer uhensiktsmessig atferd og reaksjonsmønstre.

### **Oppsummering**

Blant de første ungdommene som ble tatt inn ved BBS og LBS, var det noen som var utenfor målgruppa. I dag praktiseres inntakskriteriene strammere, og de som tas inn i dag, samsvarer med den definerte målgruppa. Intervjuene med ansatte tyder på at måten inntaket gjennomføres på er svært viktig. Modellen passer ikke for alle ungdommer. Derfor er det nødvendig å ha samtaler med dem i forkant, forklare hva som ligger i modellen, og få en forståelse for om ungdommen er villig til å gjøre den store innsatsen som kreves. "Feil" ungdommer skaper ekstra uro i institusjonen og kan påvirke andre ungdommer i negativ retning. En bør videre se inntak av nye ungdommer opp mot de som allerede bor der, for å minimere risikoen for smitteeffekt. En bør heller ikke ha for mange ungdommer med samme utfordringsbilde under samme tak. I tillegg gjør institusjonene risikovurderinger av ungdomsgruppa for å kunne sette inn tiltak for å forhindre at uheldig atferd sprer seg.

## **6.2 Målsetninger med institusjonsoppholdet**

Som beskrevet tidligere, er hensikten med institusjonsoppholdet for ungdommene at det skal være *noe mer og noe annet* enn å bo i en omsorgsinstitusjon og få poliklinisk behandling for psykiske vansker. I institusjonsplanene til pilotinstitusjonene finner vi igjen denne målsetningen. De legger til grunn at behandling eller utredning innebærer "noe mer og noe annet" enn et tilbud der barn og unge bor på en miljøterapeutisk institusjon og får et poliklinisk tilbud fra psykisk helsevern. Institusjonene har altså formulert seg på en måte som ligger tett opp mot anbefalingene i den nasjonale prosjektrapporten. *Hvordan virkeliggjøres da et tilbud som er "noe mer og noe annet"?*

### **6.2.1 Et tilbud av igangsettende karakter**

De overordnede målsetningene med institusjonsoppholdet beskrives som at ungdommen skal få hjelp til å mestre sine liv på alle livsarenaer. Målet med behandlingen og tiltakene som gis ved institusjonen, skal ha en *igangsettende karakter*. Denne formuleringen finner vi også igjen i både prosjektrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppa og institusjonsplanene. Det er beskrevet at institusjonene må betraktes som et ledd i flere tiltak, og avslutning/ettervern/overføring til annen omsorgsbasis etter oppholdet på institusjonen bør få stor plass i forløpet. Videre er det et mål at institusjonstilbudet skal redusere uhensiktsmessige akutte innleggelser i psykisk helsevern og barnevernsinstitusjoner.

Hvordan tolker ansatte målsetningen om at tilbudet skal være av en igangsettende karakter? Dette spørsmålet kan knyttes til ansattes refleksjoner rundt motivasjon for endring og behandling og oppholdstid. Når det gjelder motivasjon hos ungdommene, forteller en av informantene at dette er noe de begynner å jobbe med tidlig, allerede før inntak: "Det første vi begynner å jobbe med i forarbeidet, det er motivasjon ... og forpliktelse." En av informantene konkretiserer hvordan de arbeider:

*Vi begynner som sagt å jobbe med motivasjon, forpliktelse ... og da skal ungdommene si noe om langtidsmålet sitt: Hva er målet ditt når du blir stor? Hvordan ser ditt liv som er verdt å leve, ut? Det er det vi hele tiden kommer tilbake igjen, og hvordan kan vi hjelpe deg med å nå det målet. Det er det som hele tiden holdes veldig høyt. (...) og da begynner vi å snakke (...) sånn er det vi jobber, sånn ser vårt behandlings- og*

*endringshierarki ut. Hvor tenker du at du er? Så kan de plassere seg selv inn der hvor de tenker at – "ja, men da er jeg kanskje her". Snakker mye om det. Snakker mye om hvordan det er vi jobber i forsterkning, belønninger og begrensninger. Snakker om dette med at de kan komme inn på et short leach, at vi heller har begrensninger først og så gir vi mer slack etter hvert som vi blir kjent med dem og ser, ser hva de mestrer og ikke. (BBS)*

Det kommer tydelig fram av intervjuene med personalet ved institusjonene at de ser på oppholdet ved BBS eller LBS som en slags "kickstart" på et bedre liv. Flere av informantene trekker fram at det er sentralt å ha langtidsmålet i sikte, og at det viktigste målet med oppholdet er å jobbe mot livet *etter* institusjonsoppholdet. Vi går videre inn på ideen om institusjonsoppholdet som et igangsettende tiltak i neste avsnitt, hvor vi tar opp temaet oppholdstid.

### **Oppsummering**

De ansatte er altså godt omforent om at oppholdet skal ha en igangsettende karakter. Det er ikke slik at ungdommene blir friske etter å ha vært på LBS eller BBS, men de skal ha fått verktøy som de kan bruke for å hankses med vanskelige situasjoner og uhensiktsmessige reaksjonsmønstre når de kommer ut "i det virkelige livet". Kort sagt skal de ha lært seg et sett med ferdigheter som vil hjelpe dem etter utflytting.

### **6.3 Botid/oppholdstid**

***Hvor lenge skal ungdommene bo på BBS og LBS? Og hvilke erfaringer har man med oppholdstid?*** Dette er et tema alle informantene har reflektert rundt, og som det eksisterer noe ulike meninger om. Den nasjonale prosjektrapporten viser til at det i løpet av prosjektarbeidet ikke har blitt funnet én rapport som sier noe entydig om oppholdstid generelt, eller at kort oppholdstid er best isolert sett. Derimot framheves det at planlagt oppholdstid er knyttet til bedre behandling. Den planlagte oppholdstiden ut ifra prosjektrapporten er på om lag ni måneder, men rapporten legger altså vekt på planlegging av oppholdstid like så sterkt som tidfesting av oppholdstid. Med utgangspunkt i dette er det ingenting som prinsipielt sier at én varighet på oppholdet gir bedre behandling enn en annen. Hovedproblemet er at et opphold ved BBS eller LBS representerer ytterligere et brudd i relasjoner for ungdommene. Det må da veies opp mot den potensielle gevinsten som behandlinger medfører.

#### **6.3.1 DBT behandlingsforløp og oppholdstid**

Informantene beskriver at de går ut ifra at ungdommene skal være på institusjonen mellom seks og tolv måneder. Som nevnt over, ses oppholdstiden i forhold til at tilbudet skal være av igangsettende karakter. Det betyr at ungdommene ikke skal være ferdigbehandlet når oppholdstiden går mot slutten, men at de kan nyttiggjøre seg mindre inngripende tiltak i en annen omsorgssituasjon:

*Men det er ikke mulig å sette en tidfestet ramme når unger kommer inn. Det er mennesker vi holder på med, men jeg [har sagt] at mellom syv og 12-13 måneder bør vi kunne klare. Men da er premissene ikke at de skal være ferdigbehandlet i forhold til livene sine, da er premissene at vi skal ha gått ned herfra [i OEM-hierarkiet] slik at vi skal kunne gå inn i andre tiltak som ikke er så inngripende i deres liv. (BBS)*

Personalet jobber altså ut fra at ungdommene skal være ved BBS/LBS mellom ca. et halvt og ett år. Men samtidig trekker flere informanter fram at selve DBT-behandlingsløpet er lagt opp

til å vare rundt 22-23 uker. Det betyr at ungdommene er mye lenger på BBS og LBS enn tiden det tar å gjennomføre behandlingsopplegget. Både i Bodø og ved Lunde har de registrert at ungdommene blir slitne og lei av den intensive behandlingen ettersom tiden går:

*Noe sånn 22-23 uker, så på et eller annet tidspunkt så vil de ungdommene ha vært gjennom dette her flere ganger. Det som jeg tenker – og vi ser fra andre institusjoner som også har hatt ungdom over lang tid, også kanskje til dels hun som vi har hatt ganske lenge – er at på et eller annet tidspunkt så blir de [ungdommene] trøtte og lei.*  
(BBS)

*[Oppholdet] er jo tenkt 6 til 12 måneder, og jeg tenker jo det vi litt ser er nok at det nok blir for lenge. Nå er det en ganske rask endring i starten, og så er det noe med å være her for lenge ... Det kan jo også føre til at dem ... jeg vet ikke om det er riktig ord, men dem gir litt opp. Så det blir mye repetisjon og da kommer dem seg ikke videre.*  
(LBS)

På bakgrunn av slike erfaringer med DBT vil vi hevde at det er viktig å tenke på oppholdet på pilotinstitusjonene som et avgrenset behandlingsopplegg heller enn som et langvarig omsorgstilbud (selv om skillet mellom behandling og omsorg ikke må tolkes kategorisk). Behandlingsopplegget er ganske krevende for ungdommene, og som sitatet over indikerer, kan ungdom bli slitne og lei av DBT/OEM-opplegget (se også kap. 8 om ungdommers erfaringer). Når vi spør informantene om hva som er den ideelle lengden på et opphold, synes flere det er vanskelig å si. Det vil være individuelt, og det handler om hvor raskt man kommer i posisjon til å begynne å jobbe med ungdommen og hvilket utbytte ungdommen har av behandlingen, forklarer de.

### **6.3.2 Utflytting: planlegging, oppfølging og samarbeid med barneverntjenesten**

Det kommer tydelig fram i intervjuene at det er en stor utfordring å finne et sted hvor ungdommen kan bo etter at oppholdet på BBS/LBS er over. Rapporten fra den nasjonale prosjektgruppen anbefaler at man tidlig begynner å planlegge hvor ungdommen skal etterpå. Med tanke på erfaringene ansatte ved LBS og BBS også har gjort seg med at ungdommene ikke tjener på å være i DBT-behandlingsforløpet for lenge, og at tilbudet er karakterisert som "igangsettende" (forløpstankegang), skal altså personalet allerede ved innflytting på institusjonen begynne å planlegge hvor ungdommen skal flytte når oppholdet er ferdig. Det krever et tett samarbeid med barneverntjenesten i ungdommens hjemkommune. Multisystemisk terapi (MST-FIT) er aktuelt å bruke i oppfølgingen av ungdom og familier etter utflytting, og er i bruk for noen ungdommer og deres omsorgspersoner.

Da vi intervjuet ungdommene, visste ingen av dem hvor de skulle etter BBS/LBS, og det oppleves utvilsomt stressende for dem. I Bodø forteller ansatte at på brukerundersøkelsen er det spørsmålet som ungdom skårer dårligst på, informasjon om hvor de skal når de flytter ut. Det er altså et godt erkjent problem at overgang og utflytting ikke fungerer så godt i dag. Hvordan tenker så ansatte ved institusjonene, og hvordan jobber de for å få til en god overgang og et mest mulig forutsigbart forløp for ungdommene?

Informantene forteller for det første at de er veldig bevisste på å starte tidlig med å ha et nytt tilbud klart for ungdommene, men understreker at det er vanskelig. En forteller: "Målet er egentlig å ha det neste tilbudet klart ganske tidlig, helst når du kommer inn så skal du vite hvor du skal ut. Så er det ikke bestandig sånn. Det vet jo vi. Men vi er opptatt av – og skal være

opptatt av – å klargjøre mål for ungdommene før de kommer inn" (BBS). En annen informant utdyper:

*Det er størst utfordringer knyttet til å få de videre, at de ikke blir værende for lenge hos oss. Og utfordringa er jo alltid: "ja, hva etter oss?" For de som er 17-18 år, der vil det kanskje være naturlig å hjelpe dem til å etablere seg på hybel eller ha et tilbud knyttet til det, mens de som er 14-15 år, de må da ha et fosterhjem ... de fleste har ikke noe biologisk hjem å dra til, og så er jo også dere kjent med at det å finne fosterhjem, i utgangspunktet, er kjempevanskelig, og det opplever jo vi også, at vi blir på en måte stående litt fast fordi at vi ikke, at ikke kommunen sammen med Bufetat klarer å finne gode og rette tiltakene etter oss, sånn at, det bekymrer meg jo sånn sett. (BBS)*

Konkret gir det manglende tilbudet i etterkant seg utslag i at ungdom går svært lenge uten å vite hvor de skal. Ved LBS fortalte en av de ansatte at de til tross for gjentatte forsøk på å planlegge et tilbud sammen med barneverntjenesten, ikke fikk noe tilbud på plass før ca. ti dager før ungdommen skulle flytte. Som vi tar nærmere opp nedenfor, er dette uheldig med tanke på utbyttet ungdommen får av behandlingen, ifølge de ansatte.

Informantene beskriver at institusjonene prøver å ha avtaler og samarbeid med barneverntjenesten underveis i oppholdet, de legger opp til faste og jevnlige møter og å utforme så gode planer som mulig. Institusjonene har jobbet over lengre tid, forteller informantene, med å styrke samarbeidet både med barneverntjenesten, skole og familie/foreldre. Når det gjelder overganger til tilbud etter utflytting, vil det likevel være slik at hver sak vil bli litt forskjellig, ut fra blant annet ungdommens behov, barneverntjenestens erfaring og kunnskap og tilgjengelige tilbud. I intervjuene tegnes det et bilde av stor variasjon mellom kommuner og saksbehandlere. Som en informant sa det: "Noen har aldri hatt en institusjonsplassering før, mens andre har vært borti dette flere ganger, sånn at det vil bli individuelt og forskjellig."

Når det gjelder samarbeidet med barneverntjenesten, er det flere ting som oppleves utfordrende. Særlig kan det være vanskelig å bli enige om når ungdommene er klare for å flytte ut. Et par av informantene forteller:

*Mye som skjer i dialog med barneverntjenesten ... det jeg kan synes er litt utfordrende, det er å klare å bli enige om når er ungdommen klar til å flytte ut. Hva er det de skal ut til? De har hatt en så stor forbedring, nå tenker vi at de må ut i noe annet, og da et hjem. Mens kommunen kan sitte å si, "ja, men det er mye igjen enda", "godt nok", men hva er da godt nok i forhold til et hjem og hva er godt nok i forhold til en ungdom? Når må vi sette en grense og si nå er det nok, nå må ungdommen ut. Den er vanskelig, den er kjempevanskelig. (BBS)*

*Det er jo barneverntjenesten som må sørge for fosterhjem og sørge for, ja altså noe nytt. Og det er jo noe som virkelig har vært et problem, altså å få barneverntjenesten til å starte denne prosessen veldig raskt og også høre på hva det er vi sier da. I hvert fall i noen saker så vil de helst ha ungdommen boende her så lenge som mulig, tenker vi. Det er ikke bra for ungdommen å gjøre det, altså. (LBS)*

Det er klart at utflytting må forstås på bakgrunn av mulige tiltak som kan tilbys. Samtidig er det en oppfatning blant flere informanter, både i nord og sør, at barneverntjenesten ikke starter

arbeidet tidlig nok med å planlegge utflytting og at de gjerne vil at ungdommen skal være lengst mulig på institusjonen.

Som vi var inne på over – når det gjaldt inntak til institusjonen – kan de samme "dragkampene" mellom institusjonene og barneverntjenesten foregå ved planlegging av utskrivning, ifølge våre informanter. Institusjonen kan oppleve at ungdommen har beveget seg nedover i endringshierarkiet, mens kommunene kan være redde for at ungdommen fortsatt er i fare for selvskading eller selvmordsforsøk og vil følgelig ikke at ungdommen skal flytte ut.

Som tidligere nevnt har vi ikke snakket med noen i barneverntjenesten, og vi kan derfor bare tenke oss til årsaker til at de har andre oppfatninger enn institusjonene om når ungdommen er klare for å flytte ut fra BBS/LBS. Det kan være manglende kunnskap om anbefalt varighet på institusjonstilbudet, og ikke minst kunnskap om hvor "frisk" ungdommen skal være når vedkommende skal videre til et nytt tilbud. Også manglende og få alternative tiltak etter utflytting vil sikkert spille inn. Uansett er det enighet om at det ikke er bra for ungdommene at de lever i uvisse med tanke på hvor de skal bo etter oppholdet på BBS/LBS. Det har ført til at institusjonene har begynt å stille strengere krav til at det skal være en plan for hvor ungdommen skal etterpå, når de gjør inntak. Dette har i sin tur resultert i at det har blitt bedre planer for ungdommene, der omsorgsbasen (hybel/fosterhjem) er på plass og oppfølging fra lokal BUP er avtalt. I intervjuene fant vi at de særlig i sør hadde blitt strengere og tydeligere på planlegging av utflytting:

*Da vi tok inntak i august, så var vi tydelige på det. Sa at det må være en plan. Og da vi hadde inntak i desember og nå igjen i januar, så ser vi at barneverntjenesten ... Vi måtte rett og slett gjøre en jobb for å få barneverntjenesten til å skjønne at de måtte være aktive i plasseringen. De kunne ikke bare plassere, og så trekke seg tilbake. Så nå har vi jo, så langt vi kan, en plan for hver enkelt ungdom som er hos oss. (LBS)*

Flere av informantene snakket om hvordan de nå jobber med barneverntjenesten og nærmest stiller som et krav at ungdommen skal ha en plan og et tiltak klart. Men som en informant påpekte: De har erfart at barneverntjenesten og Bufetat Inntak sier at ungdommen skal i fosterhjem, men at det likevel ikke alltid er et fosterhjem klart. Å ha klart et fosterhjem i forkant, mens ungdommen er på institusjonen, fordrer også et dobbelttiltak, noe som ytterligere forvansker det. I intervjuene kommer det også fram at de ansatte ved institusjonene skjønner at det er krevende for barneverntjenesten å jobbe så tidlig og så aktivt når ungdommen er på institusjon. En sa: "Jeg tror nok at det går litt opp for barneverntjenestene som plasserer ungdommer på institusjonen at det er ikke ei hvilepute, det krever jo enormt mye av barneverntjenesten, og vi merker jo at det er vanskelig for noen. Bra for noen, for noen liker det, men for noen er det utrolig utfordrende." Informantene reflekterte også rundt at det jo ikke er barneverntjenesten som finner for eksempel et fosterhjem, og slik sett er man avhengig av at Bufetat selv jobber aktivt for å finne et sted ungdommene kan flytte. Om man i verste fall ikke vet hvor ungdommen skal flytte etter BBS/LBS, må i alle fall barneverntjenesten trygge ungdommen på at vedkommende vil bli fulgt opp, mente noen informanter.

Et annet poeng som flere har tatt opp, er at ungdommene vil ha mye **bedre utbytte av behandlingen** om de vet hvor de skal bo og hva de skal gjøre etter institusjonen, enn om de ikke vet det. En ansatt i sør sa det slik:

*Det er ikke optimalt at behandlingen skal skje i et vakuum, for hele metoden dreier seg jo om ... den er jo fremtidsretta, den er: "hva skal du klare i livet fremover?, i tida etter Lunde" som behandlingen egentlig fokuserer på. Hvis ikke de aner hva de skal etter Lunde, så kan vi virkelig dele deres frustrasjon på det, altså. (LBS)*

En annen informant fortalte om en ungdom som ikke hadde noen fastlagt plan for tiden etterpå, og hvordan det spilte inn på behandlingen:

*Det er klart, den ungdommen har ikke nyttiggjort seg behandlingen på samme måte. Det er sikkert flere grunner for det også, men det er klart at [uvissheit omkring tiden etterpå] har hatt en stor påvirkning. Vi så jo også en større uro. Hver gang det var et ansvarsgruppemøte med barneverntjenesten, så bevegde uroen seg ... eller det var mye større uro og mye sterkere smerteuttrykk. (LBS)*

Det blir altså svært viktig at ungdommene har en plan for hvor de skal etter flytting. I forberedelse til utflytting bør institusjonen jobbe med ungdommens familie og nettverk, og gjerne mot framtidig fosterhjem om det er på plass. Institusjonene har egen stilling som jobber med familie og nettverk, familie- og nettverksrådgiver, og denne personen er ansvarlig for mye av kontakten ut av institusjonen. For øvrig er det barneverntjenesten i kommunen som har mye av kontakten med fosterhjem, men informantene ved LBS og BBS legger vekt på at også institusjonen bør ha kontakt. En av informantene fortalte om det som kan bli en bra overgang, fordi fosterhjemmet til ungdommen allerede er klart: "Vi har en ungdom inne som vi vet hvilket fosterhjem ungdommen skal i. Og da kan vi jo jobbe mye mer med fosterhjemmet. Det har veldig mye å si." Hun fortalte videre at de alltid jobber med biologisk familie, men dersom det ikke er noe fosterhjem på plass, er det naturligvis ikke mulig å etablere kontakt med det. Hvis ungdommen har en fosterfamilie, kan fosterforeldrene være med på ferdighetstrening. Og som en av informantene sier: "DBT blir jo et eget språk, og det er klart det vil være mye lettere hvis foreldrene i den heimen er kjent med noe av begrepene og forstår hva det handler om." Det vil være en trygghet for ungdommene og vil trolig påvirke hvor suksessrik behandlingen blir, mente en av informantene.

I tillegg til kommunikasjon og kontakt med ungdommens omsorgspersoner er det i pilotprosjektet lagt opp til at institusjonene skal følge opp ungdommene en periode etter utflytting. Hensikten er å bidra til større kontinuitet i behandling/oppfølging. Ved LBS fortalte en i intervju at institusjonen skal følge opp ungdommene fire måneder etter utflytting for å sikre DBT-tankegangen blir videreført til den plassen de skal bo etterpå. Ved BBS har psykologene økt stillingsandelen sett i forhold til anbefalingen fra den nasjonale prosjektrapporten. Det gjør at de kan følge opp ungdommene som flytter ut – og som har bosted i nærheten – med individuelle samtaler. Det synes de er en viktig del av arbeidet, og det skaper en større sammenheng i behandlingsforløpet.

### **6.3.3 Kontinuitet vs. brudd**

Det er en velkjent sak at ungdommene som er i målgruppa for BBS og LBS, i all hovedsak har mange brutte relasjoner og mange plasseringer bak seg. På bakgrunn av dette er det noen informanter – primært fra helseforetakene – som argumenterer for at det er uheldig med en type institusjon der ungdommene kun kan være i seks-ni måneder. Dette skaper ytterligere et brudd for ungdommene, noe de ser på som uheldig:

*... Det er helt klart en tidsbegrensning på dette omsorgs- og behandlingstilbudet som er maksimum et år, men kanskje ned mot et halvt år. Og da tas de ut fra et "nå har vi hatt flere brudd", så inviterer vi de inn til et nytt brudd, på Lunde, et nytt brudd, for her skal du jo ikke være varig, vel, hvor skal de nå? Og det er jo interessant at de legger opp til nye brudd! (HF)*

En annen informant mener at modellen som pilotinstitusjonene er bygd på, ikke er gunstig, og at man heller skulle etablert eller benyttet eksisterende institusjoner der ungdommene kunne være lenge. De ønsker seg heller en modell der team fra psykisk helsevern jobber tett med institusjoner der ungdommene kan bo over lengre tid:

*Jeg skulle ønske vi hadde hatt et eget team som heller kunne komme inn å bistå mye inn (...) være inne og gjøre en god jobb der ungdommene kan bo over tid og skulle være. Det er jo gjerne ungdommer med skader, og jeg syns det er veldig uheldig at så skal de være der noen få måneder. (HF)*

Ungdommene som er på BBS og LBS har tidligere kortere eller lengre historier med psykisk helsevern, og det nye tilbudet er også med på å skape brudd i forholdet til allerede eksisterende behandlere. En av informantene fra helseforetak forklarte at hun ønsket seg et system som tilbyr psykisk helsehjelp som er på ungdommenes premisser, uansett hvor de bor, og ikke at de må flytte inn på en ny institusjon for noen måneder. Hun argumenterte med at "flere av disse ungdommene hadde jo også en behandler i BUP før de kom dit, så brytes den relasjonen fordi man skal ha en behandler der noen få måneder, og så skal de ut igjen og da har den behandleren vært koblet av. Og det, ja for meg er dette her, ja det kom som litt merkelig".

De ansatte som jobber ved BBS og LBS setter ikke spørsmålstejn ved den overordnede tankegangen og modellen som institusjonene er basert på. De legger i mye større grad vekt på at ungdom ikke skal leve livene sine i en institusjon, og at kortere opphold er bedre for dem enn langvarig institusjonalisering. Vi kan oppsummere synspunktet med ordene til en av informantene:

*Jeg tenker at det er et ok tidsperspektiv i utgangspunktet, for jeg tror ikke det er bra for en tenåring å bli boende her for lenge i behandlingsøyemed. Dette er ikke en naturlig setting, det er ikke sånn det er i livet. Men vi skal gi dem verktøyene og så må de lære å bruke dem, så må de i nettverket rundt klare å hjelpe dem med å bruke dem. (LBS)*

Det er altså ganske tydelige motsetninger mellom de som argumenterer for stabilitet gjennom lengre opphold, og de som argumenterer for at dette oppholdet skal være av kort varighet og fungere som en "kick-start" for en endring i ungdommenes liv.

## **Oppsummering**

Den anbefalte oppholdstiden på 6-9 måneder blir i liten grad overholdt. Det skyldes i all hovedsak at det ikke fins noe tilbud som ungdommen kan skrives ut til. Det er en stor og velkjent utfordring å finne et egnet fosterhjem eller annet tilbud til ungdommene. Den lange oppholds-/behandlingstiden ser ikke ut til å være gunstig for ungdommene. Begge pilotinstitusjonene har erfart av ungdommene blir slitne og lei av den intensive behandlingen ettersom tiden går,



og det kan se ut som motivasjon for endring og den psykiske helsen faktisk svekker seg når behandlingsopplegget varer for lenge.

Institusjonene erfarer videre at ungdom som vet hvor de skal etterpå, i mye større grad profiterer på behandlingen enn de som ikke vet det. Ungdommene vil oppleve større trygghet hvis de vet hvor de skal bo etterpå, og en kan også involvere for eksempel fosterforeldre i behandlingsopplegget. Derfor er det svært viktig med et tett og godt samarbeid med barneverntjenesten underveis i hele forløpet for å sikre et godt tilbud til ungdommene og "riktig" utflyttingstidspunkt.

#### **6.4 Rekruttering av personell og erfaringer med den anbefalte bemanningen**

Tett samarbeid og samlokalisering av barnevernfaglige og helsefaglige ressurser er som tidligere nevnt den mest sentrale komponenten i modellen. *Hva er så erfaringene med rekruttering av personell? Og hvilke erfaringer har institusjonene så langt med den anbefalte bemanningen?*

Den nasjonale prosjektrapporten beskriver hva slags bemanning og kompetanse institusjonene bør ha. Denne beskrives ikke i detalj her.<sup>3</sup> Når det gjelder miljøpersonalet, viser vi til kapittel 5 der vi gikk gjennom status for bemanningen. Det er likevel verdt å gjenta at en del av miljøarbeiderne som fikk overført sitt arbeidsforhold fra "gamle Lunde", var kritiske til innretningen på den nye institusjonen. I intervjuer kom det også fram at Lunde har hatt svært høyt sykefravær høsten 2019. En god del av fraværet skyldtes ikke forhold ved arbeidet, men en del var arbeidsrelatert. Det tyder på krevende arbeidsforhold, uten at vi har detaljkunnskap om dette.

I det videre konsentrerer vi oss om anbefalingene til helsefaglig kompetanse/personell, som har vært det mest utfordrende, og som har vært et spesielt diskusjonstema i intervjuene. Prosjektrapporten anbefaler at institusjonen skal ha:

- Psykolog med spesialisering innen klinisk barne- og ungdomspsykologi eller klinisk familiepsykologi. Psykologstillingen bør deles mellom to psykologer.
- Lege med spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri. Legestillingen bør deles av to leger.

Videre beskriver den nasjonale rapporten hvor psykologer og leger skal være ansatt (i helseforetaket), og den gir anbefalinger om hvordan de bør innrette sin tilstedeværelse på institusjonen. Det anbefales at leger og psykologer arbeider halv tid på institusjonen og halv tid i det helseforetaket de er ansatt i.

Miljøterapeuter kan være ansatt i helsetjenesten, og vurderes som helsepersonell. I beskrivelsen av annet helsefaglig personell som skal bidra til å sikre ungdommenes behov for helsehjelp, trekkes det fram personale som har bachelorgrad i sykepleie eller vernepleie.

---

<sup>3</sup> BBS har i tillegg utformet et eget dokument som beskriver hvordan de har lagt opp bemanning og kompetanse ved institusjonen: "Beskrivelse av tilbud og innhold ved Bodø behandlingssenter, med aktuell bemanning (11.12.2019)".

#### 6.4.1 Rekruttering av helsepersonell er krevende

Ett av hovedfunnene når det gjelder rekruttering av helsepersonell, er at det er vanskelig. Det gjelder både for Nordlandssykehuset og Sørlandet sykehus. Både i nord og i sør framhever informantene at det har vært særlig krevende å få tak i legespesialist (barne- og ungdomspsykiater), men rekrutteringsvansker gjelder i og for seg for alle grupper helsepersonell, og har ført til at ansettelser har blitt svært forsinket og at man har gjort justeringer for å få til den nødvendige kompetansen.

I sør hadde de to utlysninger på psykolog og legespesialist, men lyktes ikke å få tak i noen. De startet derfor med at en psykologspesialist ved Sørlandet sykehus tok en større stillingsandel på Lunde ut 2019, ("en 40 prosent stilling som nok har blitt 60 og 70, og så har det kommet direkte klage til Helse Sør-Øst fra Bufdir, på at vi er for lite til stede"). En nyutdannet psykolog trådte midlertidig inn i psykiaterstillingen (fra august til desember 2019), og en psykolog under spesialisering arbeider full tid i psykologstillingen. Fra de første intervjuene med ansatte i sør er det tydelig at det har vært vanskelig å rekruttere egnet personale. I tillegg stilte de spørsmål ved omfanget av helsestillingene. Som en ansatt i helseforetaket fortalte:

*En hel barnepsykiaterstilling og en hel psykologstilling på seks ungdommer er jo altså enormt. Og vi har jo svære rekrutteringsproblemer egentlig, på begge spesialist-sidene, særlig på barnepsykiater, og har jo gitt signaler om det. Men det kommer veldig klare føringer – fra Bufdir, tror jeg – som sier at vi ikke holder vår avtale. Så kommer det beskjed da, fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet at vi må skjerpe oss og få dette på plass. Men vi kan ikke tappe vår egen – vi må jo drifte avdelingen vår. Det er jo det viktigste. (HF)*

Som informantene sier, klarer de knapt nok å bemanne egen avdeling på sykehuset. Når de i tillegg får beskjed om at de skal avgi ressurs til Lunde, blir det en ekstra krevende bemannings-situasjon. Oppsummert stiller de altså spørsmål ved både omfang av helsefaglige stillinger som skal til institusjonene, og mulighetene sykehuset har for å kunne oppfylle de forventningene. Når det gjelder sykepleiere/miljøpersonale med ansettelsesforhold til helseforetaket, har det også vært vanskelig å få på plass. En av informantene ved LBS forklarer:

*Vi hadde jo en runde i august–september. Nå husker jeg ikke hvilken dato det var for det, da ble det to ansatte. Det vil si, de innstilte jo fire. To trakk seg. Og så var det en ny runde med intervju i desember, og da var det bare to stykker på intervju. Begge to var innstilt, og begge takket nei. (...) Så disse to som kommer, de er rekruttert innad i Abup-systemet. (LBS)*

I februar 2020 var status på antall ansatte fra helseforetakene at LBS hadde ansatt to sykepleiere ansatt, en psykolog og en psykiater i drøye 20 prosent stilling (som kan tilkalles ved behov). To sykepleierstillinger var utlyst. Og bistand fra psykologspesialist ved Sørlandet sykehus.

I nord har de opplevd de samme rekrutteringsproblemene som i sør: "Det er vanskelig å få tak i psykiater til den tjenesten, i Nordlandssykehuset og i dette prosjektet". De hadde utlysning på psykolog- og psykiaterstilling flere ganger. Når det gjelder psykologer, endte det med at disse ble rekruttert gjennom et bemanningsbyrå. Psykologene bor et annet sted i landet og

pendler til Bodø hvor de jobber fire dager i uka (mandag–torsdag). Begge startet 1. juni 2019. De kjente hverandre etter å ha jobbet sammen tidligere. I Bodø erfarte man at psykologene fikk så mye å gjøre at de fikk tillatelse fra styringsgruppa ved Nordlandssykehuset til å omgjøre de to femti prosent-stillingene til psykolog til to hundre prosent-stillinger, og heller redusere andelen på legespesialiststilling. Deres vurdering, basert på erfaringen, er at det er større behov for psykolog enn lege(spesialist).

Status i Bodø per februar 2020 var altså to psykologer ansatt i full stilling, psykiater arbeider ved BBS i 10-20 prosent stilling, og det var utlyst stilling på én sykepleier.

Vi kan konkludere med at det er vanskelig å rekruttere personale med helsefaglig bakgrunn til pilotinstitusjonene. Vi har ikke gått grundig inn i hvorfor det er så krevende, men i intervjuene har det likevel kommet fram noen betraktninger som vi tar med. For det første kan lokalisering (arbeidssted) utenfor sykehuset virke avskrekkende. Det fører til at man mister litt av tilhørigheten til et spesialistmiljø. Det krever også transport til og fra sykehuset og institusjonen fordi det er lagt opp til at man skal tilbringe halvparten av tiden på hvert sted. Videre medfører det at det er vanskeligere å få kvalitetssikret egen praksis når man er alene på institusjonen. For det andre har man som helsepersonell i prinsippet ikke tilgang til BiRK, noe som også gjør det vanskelig å holde seg oppdatert. For det tredje mente en informant at folk har lyst til å holde seg unna prosjekter der det er mye "barnesykdommer". Det er altså nødvendig å jobbe på flere fronter for å gjøre helsestillingene mer attraktive.

#### **6.4.2 Helsepersonell ved institusjonene**

Helsepersonell ved pilotinstitusjonene omfatter flere yrkesgrupper. Oppsummert er det unison enighet om at det er stort behov for psykologer; større enn det den nasjonale prosjektrapporten anbefaler. Det er behov for legespesialist, men mindre enn anbefalt. Behovet for sykepleiere, inkludert antall og arbeidsoppgaver, har vært et diskusjonstema. Basert på anbefalingene i den nasjonale prosjektrapporten og intervjuene er det uklart hvor kravet om spesifikt å ansette sykepleiere kommer fra. I beskrivelsen av helsefaglig personell i prosjektrapporten (s. 45) – utover psykolog og legespesialist – står det at det er naturlig å regne følgende profesjoner som helsefaglig personell: "Bachelorgrad i sykepleier (sykepleier), bachelorgraden i vernepleie (vernepleier)". Videre beskrives noe om muligheter og relevans av videreutdanninger for disse to yrkesgruppene. Ingen har imidlertid snakket noe om vernepleiere i intervjuene. Blant informantene, særlig fra *helsesiden*, uttrykkes det enighet om at de ikke ser behov for akkurat sykepleiere ved BBS og LBS. Mange er kritiske til kravet om å ansette sykepleiere, og de uttrykker frustrasjon over hvordan man skal organisere denne ressursen. Primo mars 2020 er det to sykepleiere i jobb ved LBS og ingen ved BBS.

**Sykepleiefaglig kompetanse:** Særlig fra helsesiden ønsker de heller å ansette personer med annen relevant bakgrunn. En informant mener at "Bufetat har vært ekstremt opphengt i at det må være sykepleiere, og vi tenker: 'sykepleiere, hvorfor det liksom?'" En annen informant fra helse fortalte at de plutselig fikk føringer på at de måtte skaffe flere sykepleiere, men at de selv ikke opplevde å ha et sykdomsfokus, men heller ønsket at institusjonen skal framstå som et hjem: "vi hadde ikke det fokuset, altså vi må ha nok sykepleiere til å greie medisineringsen. Men dette skal ikke være noe sykehus, dette skal være et hjem." En annen informant argumenterer på samme måte og beskriver at det ikke er store utfordringer, verken av medisinsk art eller knyttet til medisineringsen, på institusjonene. Selvskading og følger av dette kan ordnes "på vanlig vis" gjennom legevakt. De ansatte (miljøpersonalet) på institusjonene er videre kompe-

tente til å "plastre, lappe sammen og stoppe blødninger på lik linje med alle andre", slik at det er lite behov for sykepleiere.

En informant beskriver frustrasjonen rundt det vedkommende opplever som stor oppmerksomhet rundt lege- og sykepleierressurser, når det heller burde fokuseres på at personale fra barnevern jobber sammen med personale fra psykisk helsevern, uavhengige av fagbakgrunn:

*Vi skjønner rett og slett ikke hva dette prosjektet handler om i Bufdir. Det må jeg bare innrømme, og det er akkurat som om de ikke var med i utvalgets diskusjoner. Jeg blir helt frustrert. Vi er her sammen, og vi er her sammen fordi det er psykisk helsevern og barnevern vi driver med. Det er ikke psykiatri og barnevern (...) Psykiatri er en medisinsk subdisiplin, og det er akkurat som de vil ha inn psykiatrien, de bruker til og med det uttrykket (...) Utøvere av psykisk helsevern; det er akkurat de samme faggruppene som er utøvere av barnevern på institusjonsnivå. (HF)*

Flere av informantene mener at profesjonsfokuset – konkretisert ved at ansatte fra helseforetakene må ha en helsefaglig utdanning – ikke bygger ned skillet mellom helse og barnevern, men tvert om kan bidra til å forsterke det gjennom det sterke fokuset på fagbakgrunn. En informant stiller spørsmålet: "Hvorfor kan ikke vi ansette de miljøterapeutene vi mener har nødvendig erfaring fra psykisk helse?"

Også Bufetat-ansatte ved institusjonene setter spørsmålstegn ved hvorfor det akkurat er sykepleiere som skal ansattes. Én mente at ideen var ganske dårlig fundert, men trolig bunnet i et ønske om å jobbe "skulder ved skulder". Vi kan tolke informantens utsagn som at kravet stammer fra en forståelse av at man må ha en helsefaglig bakgrunn for å kvalifiseres som en relevant helsefaglig samarbeidspartner i et gjensidig samarbeid med barnevern. En annen informant lurte på om det var slik at prosjekteierne mener det er viktig at det er like mange fra barnevern og helse som jobber ved institusjonene, og undres "om det var kjøttvekta som rådde?"

**Organisering:** Foruten mange kritiske bemerkninger til kravet om sykepleiefaglig bakgrunn har flere pekt på utfordringer med å organisere sykepleiernes arbeidsdag: hvorvidt de selv opplever å få utnyttet sin kompetanse, hvordan institusjonene skal lage meningsfulle stillinger til dem og hvordan de skal oppføre seg i situasjoner med tvangsbruk etc. som helsepersonell ikke kan gripe inn i.

I ett av intervjuene kommer det fram at det er forskjellige vaktordninger i psykisk helsevern mellom sør og nord. I nord har de ingen egen vaktordning i barne- og ungdomspsykiatrien på kveldstid, hvilket betyr at sykepleiere ikke har noen medisinskfaglig bakvakt å henvende seg til. De kan følgelig ikke jobbe på kveldstid. I sør er bakvaktordningen organisert på en annen måte, slik at det er mulig for sykepleierne å jobbe på kveldstid. De gjør imidlertid ikke det i dag. I sør, hvor de har erfaring med å ha sykepleiere på institusjonen, beskrev en av informantene at det er flere utfordringer knyttet til miljøterapeutene med sykepleiefaglig bakgrunn. Det skyldes at de har en annen turnus enn det miljøterapeutene på LBS har, de er ansatt i helseforetaket og har andre arbeidsvilkår, mye av møtevirksomheten deres er på Abup, samtidig som de skal være med på møtevirksomheten på Lunde. Følgelig brukes mange timer på møtevirksomhet, og dermed reduseres muligheten til å være til stede i miljøet. Sykepleierne er heller ikke på jobb i helgene, de er ambulante i helgene, og de jobber kun én kveld annenhver

uke. Og som informanten påpeker: "Det er klart at det er jo ikke på dagtid disse ungdommene har behov for helsepersonell."

Siden sykepleierne er ansatt i helseforetaket kan de ikke ha ansvarsvakt eller være tiltaksansvarlige på institusjonene. Sammenfattet har de litt andre oppgaver og en litt annen rolle enn Bufetat-ansatte, og denne rollen er fortsatt i utforming. Flere av informantene beskriver det som sykepleierne "går på toppen" av ansatte i Bufetat, og en sier at hun "tenker på dem som ekstra ressurser på en måte, så sånn sett så tenker jeg at det er positivt". Men det følger utfordringer med å ha så mange ansatte ved institusjonen, og for ungdommene kan det bli mange ansatte å forholde seg til.

Når alle utfordringene nå er trukket fram, er det viktig å understreke at ved LBS hvor det jobber to sykepleiere, beskriver ledelsen dem som "fagpersoner med enormt mye kompetanse", og de synes det er en fordel å ha sykepleiere ved institusjonen. Bekymringen deres går på i hvilken grad sykepleierne får brukt kompetansen sin på en god måte: "Det har vi ikke helt funnet ut hvordan vi skal få til det ennå", som en av informantene sa. Andre informanter pekte på at de nå hadde begynt å finne ut hvordan de skulle få til et godt samarbeid og hvordan de kunne utnytte kompetansen til sykepleierne. Det er viktig at sykepleierne opplever at deres kompetanse blir utnyttet på en god måte, ble det understreket. En av informantene reflekterer rundt om ikke sykepleierne like gjerne kunne vært ansatt i Bufetat. Det vil løst opp i praktiske utfordringer som turnus og ulike lovverk mellom barnevern og helse. Samtidig, ved å være ansatt i helseforetaket, er de en viktig dør inn til Abup, fortsetter informantene. En annen informant sa: "Vi har Abup med tettere i team og det er veldig ok å ha den flyten mye mer på plass, det er en fordel at det skli mer". Men, igjen mente vedkommende at om sykepleierne hadde vært ansatt i Bufetat, ville de vært mer på jobb på institusjonen. Det blir altså en avveining mellom hvor mye institusjonene vinner på å ha sykepleiere på jobb som er ansatt i helseforetaket, og hva det skaper av utfordringer grunnet to lovverk og ansettelsesforhold.

Helt konkret var situasjonen på intervjuetidspunktet at Sørlandet sykehus hadde to sykepleiere i arbeid ved LBS. De skal ansette to til, og følger dermed anbefalingene i prosjektrapporten. I nord ble det på et tidspunkt utlyst tre sykepleierstillinger uten at deres funksjon i institusjonen var tydelig avklart. Stillingsannonse ble derfor trukket tilbake fordi det var uklart hva slags arbeidsoppgaver vedkommende skulle ha. En informant ved Bodø behandlingssenter fortalte:

*Vi gjør ingenting med tre sykepleiere som ikke kan gå ordentlig inn i miljøet og som egentlig heller ikke skulle gå turnus, vi kan ikke ha de sittende på dagtid, vi har ikke jobb til de, men vi har jobb til én. Den personen kan jobbe på dagtid og litt på kveld for å sikre helse-biten videre, sårbehandling, medisiner, førstehjelpskurs til ansatte, altså alle somatiske ting som måtte være, og selvfølgelig lære seg modellen, og jobbe på den, så den ble en del av den, og sånn ble det.*

På det siste intervjuetidspunktet (primo februar 2020) var følgende stillingsannonse for én sykepleier ute i nord.

Ut fra intervjuene er det fortsatt uklart for oss som har fulgt pilotprosjektet, hvor kravene om ansettelse av sykepleiere kommer fra, bortsett fra at de kommer "ovenfra". Som nevnt over, spesifiserer ikke prosjektrapporten at det skal være sykepleiere, selv om det er én av to mulige

fagbakgrunner som er presisert. Ikke minst er det vanskelig å skjønne hvordan anbefalingene har blitt til når de treffer virkeligheten så dårlig.

### **Psykologenes tilstedeværelse**

Basert på modellen for pilotprosjektet og fra informantenes synspunkt er psykologene den viktigste helsefaglige gruppa ved pilotinstitusjonene. Anbefalt psykologomfang er to halve stillinger, der psykologene jobber halv tid ved institusjonen og halv tid ved sykehuset. Ved LBS har de én psykolog som anslår at hun er 70-80 prosent av tiden på LBS og resten på sykehuset. Psykologen vurderer selv at det absolutt er behov for mer enn en psykolog, og at det utvilsomt hadde vært jobb nok for to. Samtidig kunne man ivarettat forbindelsen med sykehuset gjennom å jobbe der en gang i uka eller liknende. Ved BBS har de to psykologer som arbeider fulltid ved institusjonen, altså dobbelt så stor andel psykologbemanning som skissert i prosjektrapporten. Psykologene selv argumenterer for behovet for å ha større stillingsandel med at de da i mye større grad kan ta del i miljøet:

*Vi ser jo at ... det er jo vanskelig å vite ... men hvis vi skulle gått i 50 % stilling her, så er det jo en del ting som vi ikke får med oss. Hvis vi skulle vært her 50 %, så hadde det egentlig vært et poliklinisk tilbud, enkelt og greit. Da hadde vi jo kommet innom, og så hadde vi vært med på noen møter, og så hadde vi hatt samtaler med ungdommene. Men det hadde vært mye mer vanskelig å kunne tilby en best mulig behandling, men også kunne være involvert i saken etterpå på den måten som vi er nå. (Bodø)*

Bufetat-ansatte ved institusjonene er svært fornøyde med å ha psykolog/er på huset. De opplever at det øker tilgjengelighet og tilgang til psykologkompetanse, og det muliggjør tett samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. Den store tilgjengeligheten på helsehjelp er en unik mulighet til å gi god hjelp til ungdommene, mente en informant. Videre har alle de tre psykologene som er ansatt i forbindelse med pilotprosjektet, satt seg godt inn i DBT og går på videreutdanning hos NSSF. En informant (Bufetat-ansatt) sammenfattat fordelene for de ansatte slik:

*Det er jo en enorm ressurs å ha psykolog på huset, og en veldig tilgjengelig psykolog som stadig diskuterer litt sånne ad hoc-problemstillinger, sant, for [NN] blir jo veldig tilgjengelig for oss, og da er det jo også kort vei fra terapeutene og til psykolog. Fint at NN er så lett tilgjengelig! (LBS)*

Psykologene selv mener også at ungdommene får et bedre tilbud når psykologene er mye til stede på institusjon:

*Jeg tror nok også at ungdommene får bedre hjelp. Vi har jo individuelle samtaler, det har vi jo med den enkelte i de periodene de ønsker det. Men veldig mye av arbeidsdagen vår går med på å veilede, eller å diskutere hvordan de som faktisk er rundt ungdommene 24 timer i døgnet, hvordan de skal forholde seg til dem. Det er noe helt annet sammenliknet med mer poliklinisk tilnærming, det at du bare kommer her en time, og så er det veldig mange timer fram til neste time igjen. Men her så får du jo egentlig et behandlingsopplegg som går hele tiden. (HF)*

For ungdommene kan det senke terskelen for å snakke med psykolog når psykologen/e er til stede i miljøet. En av psykologene fortalte at en av ungdommene hadde gitt tydelig uttrykk for

at vedkommende ikke ville snakke med psykolog. Ungdommen hadde dårlige erfaringer med BUP, og følte seg ferdig med psykologer. Etter at ungdommen og psykologen hadde møtt hverandre i miljøet over et par ukers tid, hadde imidlertid ungdommen etterspurt samtale med psykologen. Ungdommen hadde da, ifølge informanten, vurdert det til at også psykologer var "vanlige mennesker" (ungdommen sitert av informanten). Ved å være sammen i miljøet og bygge en trygg relasjon, uten press, fikk psykologen altså til samtale med ungdommen. Det er forøvrig verdt å merke seg at dersom relasjonsbygging skal skje i miljøet, fordrer det at psykologen faktisk har tid til å være i miljøet. Det er et springende punkt slik psykologbemanning er skissert i den nasjonale prosjektrapporten.

Vi stilte spørsmål om man kan tenke seg en variant av samarbeidsmodellen der psykologen/e er fysisk lokalisert på sykehuset, men kommer jevnlig til institusjonen. Den varianten er ikke godt ansett av ansatte ved institusjonene og psykologene. Derimot ser det ut til å være stor enighet blant disse om at det er viktig at psykologene har arbeidssted ved institusjonen. Det begrunner de med at psykologen blir en del av personalgruppa på en helt annen måte enn om vedkommende skal sitte på sykehuset og komme innom institusjonen for samtaler etc. I tillegg får psykologene et helt annet forhold til ungdommene når de blir en mer integrert del av miljøet, erfarer miljøpersonalet: "Psykologen er en del av oss, og har et bedre jobbforhold til ungdommene enn det vi har opplevd tidligere, når vi bare har samarbeidet med Abup".

Psykologen ved LBS forteller at hun er veldig opptatt av å ha noe tilknytning til sykehuset, gitt at det er viktig å ha et faglig nettverk for å kunne holde seg oppdatert og få litt større perspektiver på ting. I nord er situasjonen noe annerledes, siden det er to psykologer ved BBS. De får dermed et litt større faglig fellesskap internt på institusjonen. De har også veiledning fra psykologspesialist ved Nordlandssykehuset. Det blir uansett viktig å balansere tilstedeværelse ved institusjonen og kontakt med sykehuset. I tillegg er det nødvendig å diskutere om man skal oppjusterer andelen psykologstillinger ved institusjonene. Dette tar vi nærmere opp i diskusjonen.

### **Legespesialist**

Når det gjelder legespesialist, altså barne- og ungdomspsykiater, er dette en posisjon/stilling som har vært preget av gjennomtrekk og rekrutteringsvansker. Det er også stilt spørsmål ved behovet for så stor stillingsandel som anbefalt i den nasjonale prosjektrapporten. Erfaringen er at det ikke er behov for legespesialist i så stort omfang. Ved LBS har man nå psykiater som kommer til institusjonen en dag i uka. Dette har akkurat kommet i stand. Informantene synes det er praktisk og trygt for ungdommene å ha alt knyttet til legetjenester på huset. Ved BBS har de avtale med en fast legespesialist ved Nordlandssykehuset som kommer ved behov.

### **Oppsummering**

Med rekruttering av personell har vi her først og fremst tenkt på rekruttering av personell ansatt i helseforetakene. Det har ikke vært rekrutteringsproblemer knyttet til ansettelse av miljøpersonalet ansatt i Bufetat, og svært mange ansatte videreførte sine ansettelsesforhold fra de "gamle" institusjonene. Ved begge pilotinstitusjonene har det imidlertid vært vanskelig å få rekruttert helsepersonell. Særlig vanskelig er det å få tak i legespesialist, men også andre grupper som psykologer og kvalifiserte personer som skal jobbe som miljøpersonale, men ha helsefaglig bakgrunn (fortolket som at det skal være sykepleiere). BBS og LBS har fulgt anbefalingene om personell i litt ulik grad. LBS har fulgt anbefalingene tett. BBS har gjort

flere egne tilpasninger ved blant annet ha to psykologer i stedet for én, og ved å ansette én sykepleier framfor fire.

Begge institusjonene ser behov for å ha to psykologer ansatt i stedet for én, og BBS har altså tatt dette til følge. Den anbefalte stillingsandelen for legespesialist blir vurdert som for stor, men det oppleves som nyttig å ha lege en dag i uka på institusjonen, som de har ved LBS. Mange har satt spørsmålsteget ved kravet om sykepleiere og hvordan man skal klare å få utnyttet deres kompetanse, og at de selv opplever å ha et meningsfullt arbeid. Disse spørsmålene må blant annet ses opp mot sykepleierens turnus, deres muligheter til å ta ansvar på en Bufetat-institusjon og antallet voksne på institusjonen.

## **6.5 Felles fagsyn: ansattes erfaringer med DBT og OEM**

Alle ansatte ved de to pilotinstitusjonene skal jobbe ut fra det samme fagsynet og den samme metodikken, det vil si dialektisk basert atferdsterapi (DBT) og Omsorgs- og endringsmodellen (OEM). Som nevnt innledningsvis var dette kjent metodikk for ansatte i Bodø (i alle fall for de som videreførte ansettelsesforholdet fra den tidligere institusjonen), mens for personalet ved LBS har DBT betydd en ny måte å tenke og jobbe på. *Hvilke erfaringer har de ansatte med å jobbe etter denne metodikken?*

I planleggingen av det nye tilbudet, slo den nasjonale prosjektgruppa fast at "Institusjonenes omsorgs- og behandlingstilbud skal forankres i et overordnet verdi-/fagsyn, i teori og i metodikk/faglig modell" (s. 23) [3]. Drøfting og valg av metodikk tok utgangspunkt i at målgruppa har meget alvorlige og komplekse utfordringer, og at de vil kunne ha vansker med å ta imot nødvendig omsorg over tid og mangle evner til å regulere egne følelser og handlinger på gode og funksjonelle måter. Prosjektrapporten framhever at et felles fagsyn av mange vurderes som en nødvendig forutsetning for å lykkes, blant annet gjennom å gi retning til miljøterapiens mange aktiviteter og strukturer "til en gjennomtenkt organisert helhet". Et felles fagsyn med en standardisert tilnærming begrunnes videre med at det gir mer systematikk, og dermed bedre avdekking av behov og oversikt over forløpet til ungdommen (s. 30). Prosjektgruppa anbefalte derfor en integrert, strukturert tilnærming for hele institusjonen. Det vil si at kartlegging/ utredning, miljøterapi og helsehjelp er komponenter i en integrert modell og i et forløp som omfatter hele behandlingen fra vurderings- og inntaksfasen til overføringsfasen (s. 23.). Imidlertid erkjennes det at det er krevende å bruke én metodikk, og at det også er nødvendig med skreddersøm, altså at det kan være behov for å "individualisere" det felles opplegget" (s. 29).

Med utgangspunkt i ønsket om én felles metodikk i institusjonene la den nasjonale prosjektgruppa til grunn at behandling eller utredning på en miljøterapeutisk institusjon innebærer *noe mer og noe annet* (vår utheving) enn et tilbud der unge bor på en miljøterapeutisk institusjon og får poliklinisk behandling fra PHBU. I valg av arbeidsmetodikk, sto det mellom to alternativer: dialektisk atferdsterapi (DBT) eller mentaliseringsbasert terapi (MBT). I prosjektrapporten står det at de "landet på DBT". Sammenfattet handler DBT om følgende:

DBT er en empirisk validert behandlingsmetode, opprinnelig utviklet i USA for personer med kronisk suicidalitet, selvskading og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse [57]. Etter hvert har DBT blitt tatt i bruk også ved annen problematikk, fordi man ser nytten av DBT som et rammeverk for de aller fleste følelsesmessige vansker som fører til negative atferdsmessige konsekvenser for personen det gjelder [3]. DBT antar at emosjonell reguleringssvikt er under-



liggende årsak til dysregulert atferd og kombinerer en kognitiv-atferdsorientert tilnærming med valideringsterapi [57].

DBT i praksis består av flere modaliteter (elementer). For den som mottar behandling, er de viktigste ferdighetstrening i gruppe og individualterapi. De ansatte som gir behandlingen, er organisert i såkalte konsultasjonsteam. Disse støtter og veileder hverandre til å holde et dialektisk fokus i behandlingen, styrke motivasjonen for å gi god behandling og øke egne ferdigheter i behandlingsmetoden [57]. I prosjektrapporten gis et eksempel på hvordan DBT kan se ut for en ungdom på en institusjon (s. 35-36). Vi har tilpasset teksten noe.

Mål: **Styrke motivasjon.** Tiltak: ukentlige individuelle samtaler med psykolog, lege, miljøterapeut eller annen som fungerer som individualterapeut for ungdommen

Mål: **Styrke ferdigheter.** Tiltak: ukentlig ferdighetstrening i gruppe med gjennomgang av fem ferdighetsmoduler:

- "Mindfulness"
- Kriseoverlevelse/holde ut
- Regulere følelser
- Finne mellomtingen
- Mellommenneskelige ferdigheter

I tillegg er det hjemmeoppgaver mellom hver ferdighetsgruppe.

Mål: **Generalisere ferdigheter.** Tiltak: coaching-samtaler med miljøterapeuter ved behov, med fokus på ferdighetene for å løse situasjoner. Miljøterapi med vedvarende vekt på (i) å se muligheter for bruk av ferdigheter og (ii) positiv forsterkning av bruk av ferdigheter

Mål: **Styrke terapeutens ferdigheter/unngå utbrenthet.** Tiltak: håndteres av DBT-teamet via teammøter og veiledning.

Mål: **Strukturere miljøet.** Tiltak: Overordnet miljø på institusjonen struktureres av ledelsen. Konkrete endringer i ungdommens miljø ved institusjonen kan drøftes i teammøter der ungdommen deltar. Problemer med miljøet utenfor institusjonen håndteres enten via ungdommen selv eller via intervensjonen i miljøet fra DBT-teamet.

Selv om prosjektgruppa understreker at ansatte skal jobbe ut fra en enhetlig tilnærming, presiseres det også at det – naturlig nok – vil være forskjeller mellom helsepersonell og miljøpersonalets ansvarsområder. Og det skal være mulig å skille mellom hva som er omsorg, og hva som er behandling (s. 28). Helsepersonell har et ansvar for diagnostiske vurderinger, individualterapi, medikamentell behandling og oppfølging av somatiske plager. Når man skal bruke én felles metodikk på tvers av fagbakgrunn, presiseres det videre at det er viktig med respekt og anerkjennelse av hverandres kompetanse (s. 30).

I de innledende intervjuene fikk vi forståelse for at det var noe diskusjon om valg av metodisk tilnærming i den nasjonale arbeidsgruppa, uten at vi oppfatter at det var store diskusjoner eller uenighet. Noen i prosjektgruppa opplevde imidlertid at DBT-modellen er veldig rigid og lite fleksibel, kom det fram. I delrapport I konkluderte vi dermed at det var noe overraskende at

valget av metodikk ser ut til å ha vært lite diskutert underveis i prosessen og at denne diskusjonen eventuelt ikke er tydeliggjort i prosjektrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppa.

### **Fra DBT til OEM**

I intervjuene med ansatte flyter metodikken i DBT over i tilnærmingen i omsorgs- og endringsmodellen (OEM). Det har vært vanskelig for oss forskere å få nøyaktig tak på hvordan den tette koblingen mellom DBT og OEM har blitt til, og ikke minst hvordan den relateres til anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa. I prosjektrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppa er den eneste omtalen vi finner av OEM under punkt 6.5 om "Institusjonenes kvalitets-sikring og målinger for den enkelte ungdom". Her heter det at institusjonene i fellesskap skal utvikle en standardisert forløpsjekkliste for kvalitetssikring av overgang til andre tiltak, herunder ettervern kompetanseoverføring, innhold/metode, basert på anbefalte faseforløp for de nye institusjonene, sett opp mot en allerede utviklet forløpsjekkliste for OEM – Omsorgs og endringsmodellen i Bufetat, region nord. Det står ikke noe konkret om at institusjonene forøvrig skal bruke OEM.

I intervjuene forklarer noen av informantene at OEM kan betraktes som DBT for institusjoner. Videre er det velkjent at Bufetat Region nord lenge hadde jobbet med OEM, og derfor var det naturlig at arbeidet ut fra OEM-tankegangen fortsatte i Bodø når institusjonen gikk over fra å være Bodø ungdomssenter til å bli en av pilotinstitusjonene. I Bodø hadde de gode erfaringer med OEM, og de bygde videre på den i implementeringen av piloten. Vi går ut fra at LBS har fulgt BBS når de også tolker omsorgs- og endringsmodellen som DBT for institusjoner. I tillegg skal de to pilotinstitusjonene tilby et mest mulig likt opplegg, noe som også taler for å velge samme fortolkning. I institusjonsplanen til Lunde behandlingssenter står det at det faglige fundamentet for institusjonen skal forankres i DBT, integrert med OEM (s. 6).

#### **6.5.1 Omstilling og opplæring i metodikken**

En stor forskjell mellom BBS og LBS er at de i Bodø hadde mye erfaring med OEM/DBT fra tidligere, og at de følgelig kjente ganske godt til den valgte arbeidsmetodikken da pilotprosjektet startet. På Lunde hadde de ikke det. Når det gjelder temaet **faglig omstilling**, er det derfor mest relevant med hensyn til Lunde. Ved BBS ser det ut til at de som ikke ønsket å jobbe helhjertet ut fra DBT/OEM-metodikken, sluttet da Bodø ungdomssenter gikk over til å bli pilotinstitusjon. De resterende (den absolutte majoriteten) har fått gå på DBT-kurs, og det samme gjelder for nyansatte.

Ved LBS opplevde de imidlertid en krevende oppstart der halvparten av staben var fra "gamle Lunde", mens den andre halvparten var nyansatte. DBT var en ny arbeidsmetodikk, personalgruppa kjente hverandre dårlig, og det var ingen ungdommer å "øve" på for å lære seg DBT. Det betød en veldig stor omstilling. Da vi intervjuet ansatte i mai 2019, bodde det noen ungdommer der, og de ansatte hadde fått en viss føling med DBT. En fortalte:

*Jeg opplever ikke at folk (...) sier at de ikke er for DBT ennå. Det tror jeg faktisk ikke noen har sagt. Men, det har vært en omstilling med at 12 stykker er fra gamle Lunde og ble omstilt i prosessen, så mange av de ansatte har måttet jobbe med seg selv for å være på dette. (...) Det er mange som har valgt å være med til tross for at de i utgangspunktet kanskje kunne ønske seg den gamle Lunde. (LBS)*

En annen informant mente det ikke var særlig merkbart at de hadde startet opp med DBT:

*Jeg aner at det er mangelfullt, at vi startet opp og ikke har fått opplæring. Det er i grunnen det inntrykket jeg har. Jeg har ikke merket mye til at vi har hatt det her. Det tror jeg oppsummerer det. (LBS)*

I de første intervjuene virket det som ansatte hadde ganske forskjellige oppfatninger om hvordan det gikk med DBT-opplæringen og praktiseringen. Det var imidlertid enighet om at det var vanskelig å øve på en metode uten ungdommer boende. Et hovedinntrykk var at noen ansatte var utålmodige etter å komme i gang, mens andre var mer avventende. Det var en viss uenighet om man hadde nok kompetanse til å sette i gang med DBT. Noen av informantene mente at de hadde kompetanse på huset knyttet til DBT, men den ble ikke tatt i bruk, og at man bare burde begynne å jobbe etter DBT. De mente at etter at de første ungdommene hadde flyttet inn, ble man fort ganske dreven i DBT. Andre mente at de ikke hadde metoden under huden og at det da blir vanskelig å bruke den.

Videre var det tydelig at det særlig var deler av DBT noen av de ansatte var spesielt skeptiske og/eller avventende til. Det gjaldt spesifikt mindfulness-øvelsene: "Akkurat den biten er den man jobber mest med, er den folk har mest motstand mot, fordi de har ikke helt forstått det. Men jeg opplever at det går fint [selv om det er] selvfølgelig utfordringer." Flere trakk fram at det er viktig at ansatte har en felles forståelse av metoden, at man "kjører et felles løp" og at det ikke er opp til hver enkelt person hvordan metoden skal praktiseres. Samtidig mente informantene at det var viktig med et snev av individuell tilpasning i praktiseringen overfor ungdommene.

I de første intervjuene ved LBS var det mye snakk om for treg og for dårlig opplæring i DBT. Noen beskrev det som vanskelig når man har jobbet som miljøterapeut i årevis og har mye kunnskap: "Hva skal du ta med deg videre til den nye behandlingsinstitusjonen?" Det var også forskjellige meninger om opplæringen skulle skje før eller etter at man hadde ungdommer boende. Noen argumenterte for at opplæringen møttes gjøres før ungdommene flyttet inn, slik at de ikke ble prøvekaniner for noen som ikke var opplært. Andre mente, som vi har sett over, at det er umulig å lære seg metoden skikkelig uten å ha noen å praktisere den på. Hvordan man kan sørge for en best mulig opplæring uten å virke for forstyrrende på ungdommene er et tema som må utredes videre.

Opplæring i og refleksjon omkring DBT følger et fastsatt opplegg med opplæring/kurs. Men kanskje er det viktigste – basert på informantenes utsagn – at man får metodikken inn under huden. Som en av informantene sier: "Det er en formell opplæring på ti dager, så er det en uformell opplæring som er på en måte en sånn kultur du kommer inn i". Ved BBS, som har holdt på mye lenger med DBT, ser vi at mange av informantene er svært begeistret for metoden, og de beskriver hvordan det ikke bare endrer måten de jobber med ungdommene, men også hvordan de oppfører seg vis-à-vis kolleger, og sågar i privatlivet. Ved LBS hadde de ikke kommet så langt.

En av informantene fortalte at vedkommende gledet seg til den første opplæringstimen. Informantene forklarer at de snakket mye om det, og tenkte at det skulle bli gøy og at de skulle få øve på å praktisere DBT i grupper. Men som informantene sa lakonisk: "Så var det rein forelesning på engelsk, ikke sant". Flere informanter har tatt opp at de ikke liker at undervisningen er på engelsk, og at det gjør det vanskelig når de skal reflektere rundt forskjellige problemstillinger i det såkalte Lærende samfunn-opplegget som også foregår på engelsk. I de siste

intervjuene har det imidlertid kommet fram at hvis noen synes det er vanskelig å si noe på engelsk, så kan de gjøre det på norsk, og noen oversetter til engelsk til den engelsktalende "coachen."

**Lærende samfunn** er et opplegg som gjennomføres på Teams en gang i uka, der deler av personalet ved begge institusjonene deltar sammen med ressursmiljøet i Harstad. Lærende samfunn er lagt opp etter Learning community (LC) som er en del av den opprinnelige modellen, utviklet i USA. En av informantene framhever at det er en "veldig sterkt integrert del av fagmodellen at du skal ha ekstern veiledning en gang i uka". Hensikten er å fremme refleksjon og være et forum der terapeutene kan lufte vanskelige saker, få veiledning og støtte. På lærende samfunn-møtet presenteres typisk ett case fra hver av institusjonene, og de blir drøftet i plenum. Konkret kan det handle om: Hva gjør vi når en ungdom ikke vil stå opp? Hva gjør vi når en ungdom selvskader eller rømmer? En av informantene mente at "det er veldig nyttig, det er klart. Da får vi direkte veiledning på fag, og hvordan vi skal tenke ut fra modellen som vi jobber etter". Informantene, særlig i nord, synes altså Lærende samfunn er viktig for å få tilbakemeldinger på hvordan man skal snakke med ungdommene og hvordan man kan spisse arbeidet sitt. Og Lærende samfunn setter i gang refleksjon og åpner opp for nye måter å angripe en situasjon på. Noen bemerket imidlertid at fordi Lærende samfunn foregår på engelsk, fungerer det ikke så godt:

*Jeg kjenner mine begrensninger. Jeg synes det blir litt for søkt og litt for vanskelig det der. Jeg får ikke opp de gode nyansene i problemstillingen når man skal presentere på et annet språk (...) Det er mye god informasjon og refleksjon som forsvinner på grunn av språk, selv om det er engelsk. (LBS)*

Det er altså grunn til å vurdere om undervisning og veiledning gjennom Lærende samfunn kan foregå på norsk for å gjøre det mer brukbart for flere.

Hvordan er så status i omstillingen fra å være tradisjonelle omsorgsinstitusjoner til å bli pilot DBT/behandlingsinstitusjoner? På Lunde beskriver de seg fortsatt ikke som "DBT-folk", fortalte en av informantene. Flere oppsummerer perioden siden pilotprosjektet startet som enormt krevende, og det inkluderer omstilling og opplæring i DBT/OEM. En i ledelsen ved LBS oppsummerer overgangen til å jobbe ut fra DBT slik:

*Vi har jo hatt ufattelig mange kritiske spørsmål, og kritikk til metoden fra enkelte hold. Men vi er nødt til å teste det ut før vi kan stille disse spørsmålene. For hva vet vi? Vi vet jo at det er forsket på at DBT som metode er bra for disse barna, men vi har ikke sett det i drift på en institusjon.*

I dag beskriver informanter ved LBS at de/personalgruppa er motivert og positive til å jobbe med DBT, men at "det har ikke blitt kulturen ennå, det er ikke helt under huden helt ennå, men vi jobber mye med det". LBS jobber seg strategisk gjennom de forskjellige elementene av modellen og tar i bruk flere og flere av dem. Samtidig jobber de med å organisere gjennomføringen av blant annet ferdighetstreningene på en best mulig måte. Gitt at det først er i skrivende stund at LBS har kommet godt i gang med DBT, er det ennå ikke tid for å stille de mest kritiske spørsmålet til hvordan DBT fungerer på ungdomsgruppa, mente en av informantene. Først må metoden praktiseres skikkelig, deretter kan man vurdere hvor godt den fungerer.

I Bodø har det ikke kommet kritiske bemerkninger knyttet til omstillingen til en pilot-institusjon som bruker DBT. Det henger sannsynligvis sammen med at den metodiske omstillingen ikke var særlig stor for ansatte i Bodø. Videre styrking av den metodiske kompetansen skjer i dag også ved at flere ansatte (ca. 9 personer) fra begge institusjonene tar videreutdanning i DBT hos Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).<sup>4</sup> Flere var interessert enn de som fikk tilbud, noe som viser at det er stor interesse for å lære mer om metodikken. I neste avsnitt ser vi nærmere på hvordan de ansatte erfarer å bruke DBT/OEM i praksis.

### 6.5.2 Refleksjoner rundt- og bruk av – DBT/OEM

Som vi har sett ovenfor, har Bodø og Lunde behandlingssentre hatt to svært forskjellige utgangspunkt i den faglige omstillingen. Hvordan erfarer de så å bruke metodikken i daglig praksis? Videre: Hvordan reflekterer man rundt metodikken når man etter hvert har erfaring med å bruke den? Ved BBS er de informantene vi har snakket med, entusiastiske og liker arbeidsmetoden svært godt. For eksempel sa en miljøterapeut at "Det er noe med DBT-en som jeg tenker er veldig positivt. Den gir håp". En annen informant fortalte om hvordan DBT ikke bare kan ha/har positiv effekt for ungdommene, men at de ansatte også jobber på nye måter og forholder seg til hverandre på andre måter enn tidligere:

*DBT-en er veldig tuftet på åpenhet, så det har jeg jo også merket at vi er blitt veldig mye mer åpne og kan være ærlige med hverandre uten at man kjenner på krenkelse. Jeg merker det, jeg har endret meg som forelder, jeg har endret meg som fagperson som støtter og venn, så den gjør noe med oss. Med mindfulness og det med å se seg selv utenifra og å tåle at andre gjør det. (BBS)*

Vi kan si at sitatet over representerer et ytterpunkt i positiv holdning til DBT. Andre informanter uttrykker en mer pragmatisk holdning, og synes det viktigste er å ha én metode som alle ansatte jobber konsekvent etter:

*Jeg synes det er så godt å ha en metode. Jeg er ikke sånn frelst på DBT, egentlig. Jeg tenker at vi kunne også drevet med mentaliseringsbasert behandling, men jeg er veldig frelst av det å ha en metode å jobbe etter. Jeg ser at det gir en annen kvalitet i tilbudet, og det gir en annen sånn trygghet i meg som terapeut, og jeg syns jeg også ser det i det andre. (LBS)*

Flere av informantene – primært fra helsesiden – mener for øvrig at det er nødvendig å supplere DBT/OEM med andre behandlingsmetoder, for eksempel traumefokusert behandling. I tillegg skal behandlingen som gis, henge sammen med pakkeforløp innen psykisk helse. Et par sitater illustrerer dette:

*Jeg har jobbet så lenge i dette faget nå at det er ikke én tilnærming, jeg tror ikke at DBT er løsningen for alle disse ungdommene. Jeg tror at DBT-tenkningen er veldig bra som en grunnmodell og en forståelse. Men det er klart at disse ungdommene trenger noe mer enn bare DBT. (HF)*

---

<sup>4</sup> <https://dbt.no/dbt-utdanning/>

*Det er klart, det er jo sånn som vi stiller spørsmål til. Hvordan kan, med alle de ulike problemstillingene som skal håndteres i disse institusjonene, alle de individene, hvordan kan man bestemme at det eneste tilbudet som skal gis, er DBT? Samtidig som vi får pakkeforløp for spiseforstyrrelser og pakkeforløp for psykoser. (...) Det er jo ingenting i de pakkeforløpene som sier at de skal få DBT. (HF)*

Kan man så supplere DBT med andre metoder og tilnærminger? Noe av poenget med å velge DBT er jo nettopp at alle ansatte skal jobbe etter en felles metodikk, slik at ungdommene opplever konsistente tilbakemeldinger og behandles innenfor en forutsigbar struktur. En informant forklarte det slik:

*[DBT] er en sterkt prinsippstyrt modell, som MST også er, slik at man må ha noen som vil jobbe akkurat på denne måten. Kan ikke si at "jeg vil jobbe litt, og så har jeg lyst til å gjøre litt annerledes". Det blir som å ha flere forskningstilnærminger, og det går ikke. (BBS)*

Samtidig viser intervjuene at det er litt forskjellige oppfatninger om hvor strikt man skal praktisere DBT, og mange peker på at det er rom for individuell tilpasning innenfor rammene av DBT. Det trenger altså ikke å være noen motsetning mellom å jobbe innenfor et DBT-rammeverk og å tilpasse det til enkeltungdommers behov. Særlig viktig kan vi tenke oss at det er med individuell tilpasning for yngre ungdommer og ungdommer med minoritetsbakgrunn som ikke har så gode norsksferdigheter. En informant fortalte om balansegangen mellom standardisering og skreddersøm:

*Vi veldig opptatt av at selv om modellen sier en ting, så er det viktig at vi også ... selvfølgelig innenfor noen rammer, men den ramma er ganske stor ..., men innenfor den ramma, så er det jo viktig at vi utfordrer både modellen og tenkinga og ser sammenhengen mellom modellen og det behandlingsforløpet og den skreddersømmen som ungdommene skal inn i, så det er absolutt ..., ja, bortimot daglig, det er ganske gode, store diskusjoner på modellen sett i sammenheng med ungdommens utfordringer. (BBS)*

En annen informant eksemplifiserte hvordan de gjør skreddersøm i praksis. Hun forklarte at det for eksempel kan skje gjennom forenkling, hvor man bruker mye av seg selv. De kan bruke sanger og rollespill og seg selv og egne reaksjoner som eksempel. Informanten mente, i likhet med i sitatet over, at DBT ikke er en ferdig oppskrift, og at det er store muligheter for å tilpasse den til den enkelte ungdom. Enda en annen informant fortalte hvordan de jobbet med en ungdom fra en annen kulturbakgrunn. I det tilfellet tok de ungdommen ut fra ferdighetstreningen som egentlig er en "hellig" fellesaktivitet. Men fordi ungdommen hadde lite utbytte av en felles ferdighetstrening har vedkommende fått en egen tilpasset trening, etter at institusjonen hadde fått "go" fra modellen, som informanten beskrev det som. Vi tolker det til å bety ressursmiljøet for DBT. Oppsummert var det enighet blant de vi har intervjuet at DBT er egnet for alle ungdommer, uavhengig av alder og bakgrunn, såfremt det ikke er en ungdom med svært reduserte kognitive ferdigheter.

### **Ansattes refleksjoner rundt noen spesifikke elementer i DBT/OEM**

Som vi har sett, består DBT og OEM av mange ulike elementer. Ved BBS bruker de alle elementene i DBT, mens ved LBS brukte de på intervjutidspunktet alle bortsett fra dagbok-

kortene. De hadde imidlertid brukt dagbøkkortene i perioder tidligere. I intervjuene har ansatte noen ganger kommet spesifikt inn på noen av elementene, og vi har stilt spørsmål særlig til noen av dem som vi ser at ungdommene reagerer ekstra på (i hovedsak negativt). Se forøvrig delen om ungdommenes erfaring med terapi (kapittel 8).

### **Plan for ekstra hjelp<sup>5</sup>**

Det ene elementet er Plan for ekstra hjelp. Intervjuene med ungdommene viste tydelig at mange ikke oppfattet dette som hjelp, heller tvert om. I intervjuene er det særlig psykologene som har reflektert rundt hvordan Plan for ekstra hjelp oppleves for ungdommene. En av dem sa:

*Jeg synes det var litt vanskelig i starten, det må jeg si, det var vanskelig å få det til å bli noe annet enn straff.*

En annen hadde tilsvarende erfaringer og mente at de fleste ungdommene opplevde Plan for ekstra hjelp som en slags straff. Selv om ungdommene har vært med på å utarbeide planen og de ansatte hadde forklart rammene rundt, samt hensikten med planen, har ungdommene fortsatt ytt en del motstand mot planen. En av miljøpersonalet argumenterte med at planen legger vekt på det som ungdommen ikke ønsker å ha fokus på, og sa seg enig i at det nok kunne oppleves som ubehagelig. Men samtidig mente informanten at det ligger mye omsorg i å begrense, og at den i ytterste konsekvens kan være med på å redde liv. Etter vårt syn er det likevel et spesielt navn på en plan som i all hovedsak er begrensende og oppleves som en straff av ungdommene.

### **Dagbøkkort**

Ved LBS brukte de ikke dagbøkkort på intervjutidspunktet. Det kom fram i intervjuene at de hadde jobbet mye med å innføre dagbøkkort i en periode, men at de rett og slett ikke hadde fått det til. Det hang blant annet sammen med at ungdommene ikke ville bruke dagbøkkortene, uten at vi fikk tydelig forklart årsaken til det. I intervjuene med ungdommene finner vi imidlertid at de synes dagbøkkortene er krevende å fylle ut, og de ser ikke nytten av dem. De ansatte ved Lunde vurderte videre at det var andre elementer som i DBT som var viktigere enn dagbøkkortene, og prioriterte å jobbe med dem i en krevende implementering.

### **Tegnøkonomi – belønning som forsterkning av ønsket atferd**

Bruk av forsterkning gjennom belønning er en del av OEM (ikke DBT) og brukes både i Bodø og på Lunde. I begge institusjonsplanene er det beskrevet hvordan de skal jobbe for å forsterke det ungdommene lærer:

*Mellom gruppene (ferdighetstrening) arbeides det i miljøet med å støtte ungdommens bruk av lærte ferdigheter, og ansatte forsterker aktivt bruk av ferdigheter gjennom tegnøkonomi og verbal forsterkning. (BBS institusjonsplan)*

*I tiden mellom gruppene etterspør terapeutene erfaringer med bruk av lærte ferdigheter, og forsterker aktiv bruk av ferdigheter med ulike fysiske forsterkninger (tokens, tegnøkonomi), samt verbal forsterkning. (LBS institusjonsplan)*

---

<sup>5</sup> For eksempler på hva en Plan for ekstra hjelp inneholder av tiltak, se kapittel 7.

Praksisen med belønning har også vært problematisert i en del av intervjuene. Når og hvordan foregår belønning i praksis, som de ansatte beskriver det? Og ikke minst, når slutter man å belønne og forsterke? Generelt handler det om at de ansatte belønner ungdom når de bruker de ferdighetene de har øvd på, i stedet for å gjøre en skadelig eller uhensiktsmessig handling. Det kan for eksempel være at ungdommen setter på musikk i stedet for å selvskade. Belønningen kan være alt fra ros, støtte, det at voksne er sammen med ungdommen, gi muligheten til å være litt ekstra alene sammen med en voksen, i tillegg til pogs, verdikort. En av informantene mente at "Det kan høres litt teknisk ut, men det betyr på en måte at du får den biten fra heiagjengen rundt deg". En av informantene fra helseforetak stiller imidlertid spørsmål ved at forsterkning/belønningssystemet ser ut til å ha blitt integrert med DBT uten at det er en nødvendig del av metodikken. Vedkommende stilte seg i utgangspunktet positiv til DBT, men bekymrer seg over at ungdommene får penger som belønning: "Da er vi tilbake til sånn gammel adferdsterapi, det har jeg aldri hørt om – jeg var med på deler av opplæringa. Hørte aldri noe om at penger skulle være en belønning. Det tror jeg ikke noe på". I intervjuene med de som jobber på LBS og BBS, finner vi at flere av informantene reflekterer rundt hvordan de skal praktisere forsterkning. En miljøterapeut beskrev et dilemma:

*Jeg har tenkt litt på det i det siste. Altså, det å finne områder å gi belønning på, det er jo individuelt. Det er en jobb vi gjør sammen med ungdommen. Utfordringen er når man skal slutte og [når ungdommen skal] flytte. Vi har jo ungdommer som blant annet sliter med å gå på skolen, og når de da kommer inn i en rutine og kjenner at skolen er en ok plass å være, så er det en utfordring å da skulle ta bort den belønningen for å plassere den på et annet fokusområde. For da kan det jo være at vi blir straffet med at "nei da går ikke jeg på skolen". Jeg er i tenkeboksen nå angående en av ungdommene. Jeg synes det er ... den er vanskelig. (BBS)*

Andre informanter kjenner på de samme utfordringene knyttet til når skal man gi og når skal man slutte å gi forsterkning. Blant annet hadde psykologene gjort vurderingen at helsehjelp-samtaler, det vil si samtale med psykolog, som jo er frivillig, ikke skal belønnes med pogs eller penger. Ungdommene kan selv bestemme om de vil eller ikke, og da må de heller velge bort samtalen i stedet for å få en belønning, ble det argumentert med. En miljøterapeut påpekte at timingen er svært viktig når man praktiserer et belønningssystem. Dersom belønning/forsterkning brukes feil, kan man ende opp med å ødelegge atferd som ungdommene kan fra før: "akkurat det der belønningssystemet er noe vi knoter litt med ennå" (LBS miljøarbeider). Det kom også fram at det var noe uenighet om hvordan man skal bruke tokens ved LBS. Noen mente at en klapp på skulderen var forsterkning nok, mens andre mente at man måtte gi tokens. En av informantene sa at det kunne være situasjoner der noen miljøterapeuter gir tokens til en/flere ungdommer på ett skift, mens de på neste skift ikke gjør det. Da blir det lett slik at ungdommen spør: "Hvorfor ga hun og ikke han?", "Hvorfor gir du nå?" og "Hvorfor gir du så mye, og du så lite?" og så videre. Informanten mente det er viktig at alle er veldig trygge på hvordan man driver forsterkning med tokens for å kunne bruke det effektivt.

### **Oppsummering**

DBT ble valgt som overgripende metodikk for pilotinstitusjonene, begrunnet blant annet i at både barnevern og helse kan føle seg hjemme i denne metodikken. Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) er en forløpsmodell som er utbredt i Bufetat Region Nord, og som har blitt beskrevet av noen informanter som "institusjonsvarianten" av DBT. I praksis har det blitt slik at begge pilotinstitusjonene jobber etter DBT, rammet inn av OEM. For Bodø innebar det en



liten omstilling da de ble pilotinstitusjon, siden de allerede hadde erfaring med metodikken. For Lunde derimot, har det vært en stor og krevende omstilling. Overordnet er inntrykket at ansatte i Bodø er svært fornøyde med måten å jobbe på, mens de ved LBS fortsatt jobber med å implementere metodikken. I Bodø ser det ut til at ansatte jobber på en mer gjennomgripende måte med DBT, mens de ved Lunde ser ut til å jobbe etter en mer moderat variant. Det henger godt sammen med at BBS har lang erfaring med metoden, mens LBS fortsatt er i en innkjøringsfase.

Det er enighet blant de ansatte om at det er hensiktsmessig å ha en felles metodikk og et felles språk som alle ansatte anvender. Flertallet mener at DBT er den riktige metodikken for formålet, mens noen argumenterer for at andre modeller/metoder like gjerne kunne ha blitt brukt. De mener at det viktigste er å ha en felles metodikk, men at det ikke nødvendigvis trenger å være DBT. Informantene mener at DBT stort sett fungerer på alle ungdommene i målgruppa, uavhengig av alder og kulturell bakgrunn, med unntak av om noen har store kognitive utfordringer. Dette fordi en kan gjøre individuelle tilpasninger av DBT behandlingsopplegget, noe som også gjøres i dag. Tegnøkonomi, altså belønning som forsterkning av atferd, brukes ved begge institusjonene. Flere ansatte erfarer imidlertid at det er krevende å vite hva som skal belønnes, hvor lenge en skal belønne, og ikke minst når en skal stoppe å belønne. Noen informanter, da særlig fra helseforetak, mener at DBT alene ikke er tilstrekkelig metode, men at man må supplere med andre behandlingsmetoder.

## **6.6 Hvordan jobber ansatte fra barnevern og helsepersonell konkret sammen?**

En ambisjon i pilotprosjektet er ett tett integrert samarbeid mellom barnevern (ansatte i Bufetat) og helse (ansatte i HF-ene), ofte betegnet som et skulder-ved-skulder-arbeid. *Hvordan fungerer et slikt integrert samarbeid i praksis?*

Karakteren av et slikt samarbeid henger sammen med hvordan institusjonene har organisert tilstedeværelse og antall stillinger som er til stede fra hver "moderorganisasjon" m.m. I den perioden vi har fulgt pilotprosjektet, har det hovedsakelig vært Bufetat-ansatte til stede ved institusjonene. Vi tar derfor kort for oss noe om forventningene rundt tilstedeværelse av helsepersonell, før vi i neste avsnitt tar for oss hvordan idealet om skulder-til-skulder-arbeid er forsøkt realisert.

### **Forventninger**

Da vi gjorde intervjuer i mai 2019, var altså ingen av psykologene eller sykepleierne på plass i institusjonene. Miljøterapeutene vi intervjuet, uttrykte imidlertid ganske store og positive forventninger til at det skulle komme helsepersonell til institusjonene. En sa: "I utgangspunktet så synes jeg det er utrolig bra at Abup er en del av institusjonen". En annen sa:

*Det har det vært etterspurt i mange år, at man skal ha tett samarbeid med helse og barnevern, ikke sant. Det er ikke tvil om at det er bra. Men så er det det med hvordan det skal gå seg til da. (LBS)*

En av psykologene som ennå ikke hadde startet, men likevel ble intervjuet, var likeså positiv og forventningsfull. Vedkommende hadde også store forventninger til å jobbe på et sted der man samarbeider på nye måter og tar hensyn til hva som er effektiv terapi og prøver å imøtekomme disse problemstillingene på en måte, som informanten uttrykte det. En annen av

informantene understreket at helseforetaket gikk inn i pilotprosjektet fordi de tenker at ungdomsgruppa trenger psykisk helsehjelp, og ved at barnevern og psykisk helsevern gjør det sammen, får ungdommene en bedre psykisk helse. Informanten mener at det sterke fokuset på forskjellige profesjoner og utdanninger er uheldig. Kort sagt mente vedkommende at en felles vi-følelse må ligge til grunn, uavhengig av fagbakgrunn. Implisitt i dette ligger det et spørsmål om det er nødvendig å lage egne institusjoner der begge grupper er ansatt, og om ikke et samarbeid der man har ungdommens psykiske helse i fokus kan klare seg? Videre har det tatt lang tid både ved BBS og LBS før de fikk ansatt helsepersonell (og i skrivende stund var sykepleier ved BBS fortsatt ikke på plass). Noen informanter sa at det var en ulempe når målet er å skape et tilbud der barnevern og helse er likestilt: "Hvis tilbudet skal være likestilt, bør jo begge grupper være der sammen, fra starten av".

### 6.6.1 Samarbeid i praksis: "Skulder ved skulder"-arbeid?

I den nasjonale prosjektrapporten brukes begrepet "skulder ved skulder" flere ganger når samarbeid mellom barnevern og helse omtales. Det er ikke definert hva som legges i begrepet, men gjennom å lese om hvordan man vil jobbe for å oppnå det, får vi likevel en forståelse for at det handler om et gjensidig respektfullt og samtidig arbeid. For eksempel står det at "det bør allikevel innenfor den turnusordning som gjøres gjeldende tilstrebe at barnevernfaglig og helsefaglig personell jobber 'skulder ved skulder' " (s. 45). Men hva betyr egentlig "skulder ved skulder"-arbeid i praksis? Hvordan får man det til? Og hvilke elementer i modellen kan fremme (eller eventuelt hemme) et slik samarbeid/samtidig arbeid?

I institusjonsplanene til LBS og BBS er det beskrevet at "skulder ved skulder"-arbeid innebærer en samtidighet i nærvær og tilstedeværelse på institusjonen, og at det er en forutsetning at de ulike faggruppene på institusjonen har en forståelse av at de har en felles overordnet oppgave (å legge til rette for utvikling og endring). Vi stilte også spørsmål til de ansatte om hva de legger i begrepet:

*Skulder mot skulder betyr jo egentlig realisering av god koordinert hjelp (...) og det er kjernen i prosjektet. Og så betyr det jo egentlig også utfordring av en type silo-tenking, og muligheten til å ha en større felles faglig forståelse blant etater som jobber mot det samme barnet. Vi skal dyrke det man skal gjøre i samarbeid heller enn å legge vekt på forskjellene. (BBS)*

*Vi har jo forskjellige ansvarsområder, ting vi tenker på, men vi er likestilt. Vi jobber i fellesskap med dette, og jeg tenker sånn at på en sengepost er det ofte at psykologen eller legene skal fortelle de andre hva de skal gjøre. Det er ikke det vi skal gjøre. Det synes jeg også vi har fått til i ganske god, ja, det er også noe vi har jobbet med hele tiden, fordi det er noen ganger jeg synes det flyter bare bedre og bedre. Vi bruker jo mye begrepet "vi er et team". (HF)*

Vi ser at skulder ved skulder her forstås som godt koordinert hjelp, tenke utover sitt eget fagfelt (sin egen silo), ha en felles faglig forståelse, ikke legge vekt på forskjeller, jobbe på en likestilt måte. Også det at man er en enhet – et team – trekkes fram. En annen informant brukte en amerikansk fotball (avlang sylinderform) som metafor for å forklare modellen. Om man tenker seg en slik form og plasserer en stor sirkel i midten, gjenstår det noen halvmåneformer på sidene. Arbeidet som gjøres i midten, er "skulder ved skulder"-arbeidet og det som alle på institusjonene har felles, uavhengig av fagbakgrunn. De voksne vil ha den samme forståelsen

og de har strukturerte møter og faste møtepunkter, slik at de blir en del av et større hele. Samtidig, i de småmånene som er igjen på siden, vil barnevern og helse kunne dyrke sin sær egenhet og gjøre de oppgavene som er spesifikke for deres fag, for eksempel kartlegging av psykisk helse og pakkeforløp til barn og unge (BBS).

Når informantene snakker om "skulder ved skulder"-arbeidet og samarbeid, snakker de hovedsakelig om hvordan de selv opplever det og hvilke konsekvenser det har for dem selv. Særlig trekker flere miljøarbeidere fram den store fordelene de opplever ved det å ha psykolog/er på huset. "Det å ha noen som du slipper å ringe fem ganger i uken, og ikke få tak i dem. Altså de er her, og de er tilgjengelige", beskrev en informant. En annen fortalte at hen aldri hadde kommet til å stille så mange spørsmål eller bedt om veiledning og råd av psykolog så mye som vedkommende har gjort siden de fikk psykolog på institusjonen. Generelt sett virker samarbeidet mellom psykologene og Bufetat-ansatte svært godt. Samarbeidet mellom miljøpersonalet og sykepleierne er omtalt i avsnittet om "Helsepersonell ved institusjonene". Likeså gjelder det for samarbeidet mellom legespesialist og miljøpersonalet, men dette er et tema som har vært lite diskutert i intervjuene, mest sannsynlig fordi legespesialist-stillingene har vært ubesatt, det har vært skifte mellom hvem som har hatt stillingene, og stillingsandelen på institusjonene er liten. De er følgelig ikke blant de mest sentrale yrkesgruppene i pilotprosjektet.

"Skulder ved skulder"-arbeidet kan sies å legge til grunn at det er en viss balanse mellom Bufetat-ansatte og helseansatte. Imidlertid har noen informanter (fra Bufetat) understreket at pilotinstitusjonene er barnevernsinstitusjoner, og at det derfor ikke trenger å være akkurat like mye helsepersonell som barnevernsansatte, fordi, som en sa: "vi må jo også tenke på det trykket som skal inn i institusjonen, når det gjelder antall mennesker, det er jo også hjemmet til disse ungdommene. Det viktigste er jo ikke balansen mellom helse og barnevern, men at ungdommene får den hjelpen de trenger" (BBS). Slike betraktninger er relevante med tanke på hvordan bemanningen ved institusjonene skal være. Vi har tidligere i rapporten tatt opp at flere mener det er vanskelig å sysselsette og utnytte kompetansen til sykepleiere på en god måte i institusjonen, og at det legges for stor vekt på ideen om størst mulig likhet når det gjelder *antall* ansatte.

### **6.6.2 Å gi helsehjelp i en barnevernsinstitusjon: utfordringer og løsninger**

Det er å forvente at et integrert tjenestetilbud der ansatte har forskjellig ledelse, forskjellig lovverk og forskjellige dokumentasjonssystemer skaper utfordringer, samtidig som det bringer med seg mye positivt. *Hva trekker så informantene fram som utfordringer med det tette samarbeidet mellom barnevern og helse?* Hovedsakelig er det utfordringer knyttet til forskjellige lovverk og ulike journalsystemer. Dette er velkjente problemstillinger fra tidligere utredninger og studier [41, 58, 59]. Det varierer noe mellom informantene hvor mye de opplever at disse utfordringene påvirker arbeidet. En av informantene (miljøterapeut) erkjenner utfordringene, men synes ikke det skaper store problemer i hverdagen:

*Det er jo selvfølgelig utfordringer knyttet til lovverket og til taushetsplikt og slike ting, men vi opplever ikke det som noen begrensninger i hverdagen (...) Vi er strålende fornøyde med hvordan vi samarbeider med helse, både internt her, men også opp mot sykehuset og den legeressursen vi har der, det er, de har utviklet og laget gode rutiner, det er formelle fora hvor vi samarbeider og jobber i lag. (BBS)*

### **To lovverk: Juridiske utfordringer**

Dagens lovverk bygger på at en institusjon *enten* er en helseinstitusjon *eller* en barnevernsinstitusjon [60], og det *er* en erkjennelse blant mange informanter at det er utfordrende å operere innenfor to ulike lovverk innenfor samme hus. Utfordringene handler om arbeidsoppgaver og ansvar og inngripen i tvangssituasjoner.

Basert på informantenes refleksjoner er det særlig når det gjelder sykepleierne at flere av utfordringene potensielt oppstår. Sykepleierne har (og er tiltenkt på BBS) en rolle der de befinner seg i miljøet sammen med ungdommene. Dersom det oppstår situasjoner hvor det er nødvendig med bruk av tvang, må sykepleierne trekke seg unna situasjonen. Psykologene er i mindre grad i miljøet – særlig når det gjelder LBS – og da blir problemet mindre. Mange av informantene ønsker seg psykiatriske sykepleiere på institusjonen, men hadde foretrukket at de var ansatt i Bufetat. Som en informant ved BBS sa: "Jeg vet ikke hvordan de har tenkt å løse det, men det blir to forskjellige lovverk som jeg tenker hindrer at dem kan samarbeide på en god måte".

Fra et lederperspektiv kan det også være vanskelig å vite hvordan man skal turnere sykepleierressursen. En informant fortalte at de foreløpig famlet litt siden sykepleierne har en annen leder og arbeidsgiver enn ledelsen ved institusjonen, for eksempel fordi BUP ikke kan stå ansvarlig for den daglige driften på en Bufetat-institusjon. Sykepleierne kan derfor ikke ta ansvarsvakter, og de kan formelt sett heller ikke delegere oppgaver til Bufetat-ansatte eller få oppgaver av Bufetat-ansatte. Disse tingene oppleves som krevende.

### **Ulike journalsystemer**

Et tema som mange av informantene tok opp som utfordrende, var den manglende tilgangen til hverandres dokumentasjon og journalsystem. Ansatte i Bufetat har ikke tilgang til DIPS, journalsystemet som psykologene bruker. Ansatte i helse har på sin side ikke tilgang til BiRK, som benyttes i Bufetat. I den nasjonale prosjektrapporten blir temaet tatt opp, og den beskriver at det har vært drøftet hvorvidt det har vært behov for lovendringer for å legge til rette for informasjonsutveksling mellom helse og barnevern (s. 58). Etter drøftinger der prosjektgruppa har veiet hensynet til informasjonstilgang opp mot hensynet til ivaretagelse av konfidensialitet mellom behandler og klient, konkluderte prosjektgruppa med ikke å anbefale endringer i eksisterende regelverk. Rapporten henviser spesifikt til at følgeforskningsprosjektet vil gi mer kunnskap om temaet.

I våre intervjuer brukte informantene utsagn som "dokumentasjonsflyt, det er veldig krevende", og "det er veldig utfordrende med dokumentasjon og kommunikasjon på tvers av helse og Bufetat-ansatte." I dag har psykologene ved LBS lesetilgang i BiRK. En av informantene forklarte:

*Vi har jo gitt de lesetilgang til BiRK, fordi de hadde uansett disse tilgangene via permene våre. Ikke sant? Så de har fått lesetilgang, men de kan ikke skrive. Og vi har ikke lesetilgang i de sine dokumenter, så de må hele tiden komme med de fysiske i hånda, og så må vi skanne dem inn. (LBS)*

I Bodø har ikke psykologene lesetilgang (eller skrivetilgang) til BiRK. Dersom de vil vite hva som er dokumentert av miljøpersonalet, må de derfor be om innsyn ved at miljøpersonalet sitter ved siden av dem og viser dem, eller at de skriver sammen. Det oppleves utfordrende å

ikke ha enkel tilgang til dokumentasjonen om ungdommene. Innenfor DBT bruker man, som vi har beskrevet tidligere, flere forskjellige planer og dokumenter, herunder behandlingsplan. Psykologene er selv med på drøftinger om ungdommene, og de konklusjonene psykologene har vært med på å trekke, havner i planene. Men som en av psykologene påpeker, siden de ikke har tilgang kan de ikke se det konkrete innholdet i planene, eller sjekke om tiltak blir gjennomført uten at miljøpersonalet viser dem det. En informant fra helse pekte også på denne utfordringen tidlig i prosjektperioden:

*Det betyr at psykologene og psykiater utfører tjenester, gjør vurderinger, gir råd som kan være bygd på andre premisser enn det som det muntlig blir gitt uttrykk for. Og tilsvarende: Bufetat-ansatte ved institusjonene kan komme til å skulle utføre deler av tilrådd helsetjeneste som de ikke har mulighet til å kvalitetssikre. Og det er en utfordring. (HF)*

Ved LBS, som hadde sykepleiere ansatt på intervju tidspunktet og ventet på flere, var det en viss bekymring for hvordan det skulle gå med dokumentasjon og informasjonsutveksling for helsepersonell som skal gå i turnus. (Problemet opplevdes litt mindre når det gjaldt psykologen, fordi hun ikke jobber turnus). En av informantene beskrev hvordan det kan bli problematisk: Når sykepleierne/helsepersonell er på jobb ved LBS, vil de gå sammen med ungdom i miljøet, og dersom de har gått alene med en ungdom, er det svært sårbart at de ikke kan rapportere i BiRK i etterkant.

Flere informanter fra både barnevern og helse hadde refleksjoner rundt balansegangen mellom ivaretagelse av taushetsplikten og det å kunne dele informasjon for å samarbeide på en god måte. En sa: "Det gjelder å finne den riktige balansen (...), jeg tror vi er på vei til å knekke koden" (LBS). En annen mente at hvis det var noe som skulle vært i justert i pilotprosjektet, var det tilgang til informasjon:

*... hvis jeg skulle ha justert noe, så er det jo med at vi har tilgang til de samme systemene fordi at de [psykologene] får ikke se hva vi skriver i våre rapporter. De kommer ikke inn i dem, sånn at det kan være litt tungvint. Jeg skjønner at de har taushetsplikt rundt de samtale de har, det har jeg ingen problemer med, men jeg skulle ønske at de hadde tilgang til våre systemer. (BBS)*

Som nevnt over, har de ved LBS gitt psykologene lesetilgang til BiRK, mens de i Bodø p.t. ikke hadde gjort det.

### **Helsepersonell/psykologenes taushetsplikt**

Psykologene har taushetsplikt etter helsepersonelloven, men samtidig – som påpekt over – er det nødvendig å utveksle informasjon på tvers av personalgruppa for at hver enkelt ungdom skal få et best mulig tilbud. Vi ser at pilotinstitusjonene gjør dette på litt forskjellige måter, men i praksis kan det se ut som at det som kommuniseres videre til miljøpersonalet, er omtrent det samme. Ved LBS har psykologen en åpen kommunikasjon med miljøpersonalet. En av informantene beskriver organiseringen slik: "Vi har psykologen vår som tar disse individuelle samtale, og så har hun åpen kommunikasjon [med miljøpersonalet]. Det er ikke sånn at det som blir sagt til [psykologen], ikke kommer videre til personalgruppen". Ved BBS derimot, kommuniserer psykologene tydelig til ungdommene at de har taushetsplikt overfor resten av personalgruppa. Psykologenes erfaring er at det som kanskje framsto som en utfordring, har

løst seg "ganske godt" og at det ikke virker som det er noen problemer knyttet til taushetsplikt i dag. Psykologene forklarer at de spør ungdommene ved slutten av hver samtale om hva de kan formidle videre:

*Vi tar det opp i slutten av hver samtale og blir enige om: "Ok, hva kan vi ta videre?" Det som er viktig, er at miljøpersonalet får vite hva vi arbeider med og så vet, men de trenger jo ikke å vite detaljene i samtalen. (HF)*

Videre forteller de ved BBS at om det er slik at psykologene har opplysninger som tilsier at det er fare for liv og helse hos ungdommen, så har de et ansvar for å fortelle det til miljøterapeutene. Da kan miljøterapeutene innrette sin tilstedeværelse og oppfølging, og "passe på, rett og slett, gi dem den nødvendige omsorgen", sa en miljøterapeut.

### **6.6.3 Når ungdommene ikke vil ha helsehjelp**

I den nasjonale prosjektrapporten heter det at helsehjelp til ungdommene må bygges på samtykkereglene i helselovgivningen. Selv om hensikten er å utvikle et tilbud som integrerer helsehjelp og miljøterapi/barnevernfaglig omsorg og behandling, vil det være slik at ungdommen kan la være å samtykke til helsehjelp. Dersom ungdommen ved tilbud/vurdering om tilbud til plass er tydelig på at han/hun ikke vil samtykke til helsehjelp, må inntaket vurdere om denne typen institusjon er riktig for ungdommen. Samtidig påpekes det i rapporten at omsorgs- og behandlingsmodellen ved institusjonene skal innrettes slik at det gir mening å tilby plass og fortsette oppholdet, selv om ungdommen uttrykker usikkerhet, ambivalens og motstand til det som kan defineres som helsehjelp som psykisk helsevern har ansvar for.

Under punktet om målgruppe og inntak til institusjonen, tok vi opp at ansatte i stadig større grad legger vekt på å kartlegge om ungdommene er motivert for behandlingsopplegget. En som har erfaring fra inntak, understreker at de gjør det de kan for å forklare behandlingsmodellen for ungdommen før plassering, slik at ungdommene er mest mulig opplyst om hva oppholdet innebærer. Men som hun sier "hva da, når ungdommen trekker samtykket etter en måned? Eller kan det trekkes?" (LBS). Ansatte forklarer at ungdommene "hele tiden" veksler mellom å ville ha helsehjelp og ikke. En annen informant reflekterte rundt dette:

*Det skjer stadig vekk, og når det skjer på kort basis – la oss si at du sier nei til helsehjelp på noen uker, og så sier du ja igjen – så er det uproblematisk. Men hvis du sier nei til helsehjelp over kanskje to-tre måneder, en av de ungdommene våre har gjort det, og den ungdommen ser vi kanskje kunne hatt likeså bra tilbud på en atferdsinstitusjon som hos oss. Og da må man jo spørre seg selv: Er ungdommen da på rett plass? Og da kommer jo den tanken igjen, om ei ny flytting, sant, vi må veie alle disse tingene opp og ned og i mente. (BBS)*

Utsagnet peker tilbake på viktigheten av å ta inn de rette ungdommene til det nye institusjons-tilbudet. Det ligger en innebygd risiko i organiseringsmodellen som handler om at dersom man tar inn ungdommer som til stadighet ikke samtykker til helsehjelp, skaper man ekstra brudd når de må flyttes ut, og det gir krevende arbeidsforhold for ansatte. En informant fra helsesiden mente at det er "litt utfordrende" at ungdommer kan velge bort helsehjelp, men da blir det (helse)personellens jobb "å forstå det, å klare å stå i det, og jobbe med motivasjon og forpliktelse til de vil snakke med oss".

Noen informanter, særlig fra helse, stilte seg imidlertid undrende til hvordan man kunne lage et tilbud der helsepersonell vil være til stede i miljøet – gitt kunnskap om at ungdom varierer veldig med hensyn til om de vil ha helsehjelp eller ei – og dermed skape en potensielt vanskelig situasjon. En fra et helseforetak uttalte:

*Det er litt vanskelig for meg å se hvordan dette skal kunne bli, hvis vi ikke kan tilby psykisk helsehjelp. Fordi vi er jo der i de rommene sammen med dem hele tiden. Det syns jeg er veldig vanskelig og utydelig. (HF)*

En annen informant, også fra helsesiden, mente at det også må oppleves veldig uryddig og uforutsigbart for miljøpersonalet fra Bufetat. De vil for det første måtte jobbe med noen som ikke kan gå inn i tvangssituasjoner med dem. For det andre risikerer de at helsepersonell de jobber sammen med, må forlate rommet dersom ungdom ikke samtykker til helsehjelp. Særlig vanskelig vil det være med sykepleierne som skal delta i miljøet, mente informanten. Psykologene har egne kontorer som de kan trekke seg tilbake til, men det er ikke tilfelle for sykepleierne. Fordi det ennå ikke var sykepleiere ved BBS på intervjudtidspunktet, hadde det ikke blitt en problemstilling der. Ved LBS har vi heller ingen eksempler på at det har skjedd, men spørsmålet kan med fordel undersøkes nærmere.

Vi må gå ut fra at motivasjonen til psykisk helsehjelp i denne ungdomsgruppa alltid vil variere hyppig. Er det da slik at helseressursene kan brukes på andre måter når ungdommene sier nei til helsehjelp? En av miljøterapeutene mente at for miljøpersonalet er psykologkompetansen og -ressursen viktig som en støttefunksjon for deres arbeid, i form av veiledning og forståelse av DBT-modellen og atferdsuttrykk hos ungdommene. Slik sett vil psykologressursen være viktig, selv om ungdommene tidvis ikke vil benytte seg direkte av den.

### **Oppsummering**

I den første fasen av pilotprosjektet har det stort sett vært ansatte fra Bufetat på jobb i institusjonene. Etter hvert startet psykologene (juni og august 2019). Andre ansatte med helsefaglig bakgrunn har blitt ansatt i senere tid, eller var ikke ansatt på intervjudtidspunktet. Samarbeidet mellom psykologene og miljøpersonalet ser ut til å være veldig godt. Enkel tilgang til psykologkompetanse blir høyt verdsatt av miljøpersonalet. Psykologene på sin side virker også tilfredse med denne måten å arbeide på.

"Skulder ved skulder"-idealet som ligger til grunn for utformingen av et integrert institusjonstilbud bringer tankene til at ansatte fra barnevern og helse er likestilte i institusjonen, både i antall og ansvar. Vår forståelse er likevel at i praksis er institusjonene barnevernsinstitusjonen med god tilgang til psykologkompetanse. Denne forståelsen forsterkes av at ungdommene jevnlig motsetter seg helsehjelp, og da er institusjonen å betrakte som en omsorgsinstitusjon – dog en institusjon der miljøpersonalet får veiledning av psykologene om hvordan de skal jobbe med ungdommene.

Ønsket om et tett samarbeid forhindres jevnlig av manglende innsikt i hverandres dokumentasjons- og journalsystemer. 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 Resultater fra dokumentgjennomgang

I denne delen av rapporten presenterer vi funn fra dokumentgjennomgangen, som omfatter studie av saksdokumenter knyttet til ni ungdommer som bor eller har bodd ved Bodø og Lunde behandlingssentre. Hensikten er å gi en nærmere beskrivelse av ungdommene som bor ved institusjonene. Beskrivelsen omfatter utfordringene de har, hva slags hjelp de får og eventuelt hva som beskrives som effekter av behandlingen og oppholdet. Det samlede dokumentmaterialet fra BBS gir opplysninger om situasjonen til fem ungdommer, tre jenter og to gutter i alderen 14-17 år. To av ungdommene flyttet inn i februar, en i april, en i mai og en i august 2019. Det betyr at ungdommene hadde bodd ved BBS fra om lag seks til 12 måneder på det tidspunktet de fleste dokumentene ble mottatt.<sup>6</sup> Det samlede materialet fra LBS gir opplysninger om fire ungdommer. Alle er jenter, og de er i alderen 15-17 år ved innflytting på Lunde. Tre av ungdommene flyttet inn våren 2019, og ei flyttet inn i desember 2019, altså har de fra to til åtte måneders botid. Det varierer hvilke tiltak og hvor mange flyttinger ungdommene har opplevd i forkant av innflytting ved BBS og LBS. Enkelte har erfart ett eller to tiltak utenfor hjemmet (fosterhjem og/eller institusjon) før innflytting ved LBS og BBS, men de fleste har erfart flere flyttinger enn dette. For eksempel har en av ungdommene flyttet fem ganger etter hun første gang ble plassert utenfor hjemmet i 2017.

Det er variasjon når det gjelder mengde og type dokumenter knyttet til den enkelte ungdom. Én årsak til det er selvsagt ulik botid, og det foreligger naturlig nok mindre dokumenter på jenta som flyttet inn i desember enn på de som har hatt lengre botid. Samtidig mangler det en del grunnleggende informasjon/dokumenter som høyst sannsynlig foreligger, men som av ukjente årsaker ikke er tilsendt. Hva som mangler, varierer fra sak til sak og fra institusjon til institusjon, og vi har langt flere dokumenter fra BBS enn fra LBS.

Ved BBS mangler det inntaksvurderinger som gir god innsikt i historikk og vurderinger som gjøres før innflytting, samt avslutningsrapporter/utskrivningsrapporter. I tillegg mangler det en del tiltaksplaner, enkelte periodeplaner, evalueringsrapporter/underveisrapporter, dagbokkort og trolig referat fra ansvarsgruppemøter. På enkelte ungdommer foreligger det store mengder dokumenter som forteller mye om situasjon, utvikling og eventuell endring under botiden ved BBS. Det foreligger noe mindre skriftlig informasjon på andre ungdommer, slik at det ikke er mulig å følge dem like tett/sammenhengende under botiden ved BBS. En betydelig mengde periodeplaner med tilhørende sjekkliste for plan for ekstra hjelp gjør det likevel mulig å få et innblikk i ungdommens liv og situasjon den tiden de har hatt opphold ved BBS. Også i dokumentene fra LBS er det til dels store mangler i materialet som gjør at det er vanskelig å få tak i helheten i alle sakene. Her foreligger inntaksvurderinger som gir god innsikt i historikk og vurderinger som gjøres før innflytting. Det foreligger imidlertid få referater fra ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter, og det mangler mange periodeplaner og planer for ekstra hjelp. Ved LBS har de som tidligere nevnt ikke tatt i bruk dagbokkort ennå, og dette foreligger derfor ikke. Det mangler også noen tiltaksplaner, og vi har ikke hatt innsyn i avslutningsrapporter/utskrivningsrapporter. På tross av mangler gir dokumentene likevel et nyttig innblikk i vurderinger ved inntak og ungdommens motivasjon ved innflytting, og de gir noe innsikt i hvordan det jobbes og utviklingen som skjer underveis i oppholdet.

---

<sup>6</sup> Én av de fem ungdommene bodde i institusjonen fra før av, slik at botiden i realiteten har vært lengre enn det som framgår av dokumentene.



Videre er det interessant å se at de dokumentene som er gjort tilgjengelig, langt på vei bekrefter erfaringene som kommer fram i intervjuene med ungdommene ved både BBS og LBS. Det er særlig tekstmaterialet i periodeplaner, sjekklister for plan for ekstra hjelp og referat fra ansvarsgruppemøter som underbygger intervjumaterialet. Dokumentene viser med andre ord at ungdommene har gitt uttrykk for samme erfaringer/oppfatninger til miljøpersonalet som de gjorde i intervju med oss. I det følgende presenteres de mest sentrale funnene som ble gjort i gjennomgangen av dokumentmaterialet: "vurdering av inntak", "periodeplan OEM", "sjekklister for plan for ekstra hjelp", "dagbokkort", "evalueringsrapport" og "referat fra ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter".

### **Beskrivelse av ungdommene**

Vi har få dokumenter som gir innsikt i historikken til ungdommene ved BBS, men særlig Periodeplan OEM (et dokument som vil bli redegjort nærmere for i de påfølgende avsnittene), samt enkelte kortfattede dokumenter som "Tilsagn om plassering i institusjon" eller "Leders inntaksvurdering av barn til institusjon" gir oss informasjon om ungdommenes utfordringer ved inntak. Disse dokumentene viser at samtlige ungdommer ved inntak til BBS kom flyttende fra andre institusjonstiltak på ulike steder rundt om i landet<sup>7</sup>, og at tre av de fem ungdommene har selvmordsproblematikk og selvskading som hovedutfordring/fokusatferd. I tillegg går det fram av dokumentene at en fjerde ungdom har en historikk med selvmordsproblematikk/selvskading som ligger tilbake i tid, men at dette ikke defineres som fokusatferd ved inntak til BBS. Den femte ungdommen beskrives å ha aggresjon som hovedutfordring/fokusatferd ved inntak og har ingen historikk som innbefatter selvmordsproblematikk/selvskading. Dokumentasjonen viser videre at enkelte ungdommers utfordringsbilde oppfattes å være mer sammensatt enn andres. To av ungdommene har i tillegg til selvmordsproblematikk/selvskading utfordringer knyttet til aggresjon og rømming, og beskrives å ha en atferd som får negative konsekvenser for andre ungdommer på avdelingen. Når det gjelder det siste momentet, redegjøres det for at for den ene ungdommen handler det om at hun/han holder de andre ungdommene våkne om natta, at de andre ungdommene blir redde og låser dørene sine på natta, samt at hele ungdomsgruppas frihet blir innskrenket som følge av ungdommens handlinger. Videre blir det bemerket at det kan være utfordrende å jobbe med DBT overfor denne ungdommen. Det begrunnes med utgangspunkt i at personalet på den ene siden skal ivareta ungdommens sikkerhet ved å følge etter i de tilfeller hun/han går ut/stikker av, og på den andre siden sørge for ikke å forsterke ungdommens atferdsuttrykk som går ut på at hun/han søker oppmerksomhet fra personalet hun/han vil ha rundt seg.

Den andre ungdommen vurderes å gi høyere risiko for de andre ungdommene i forbindelse med inntak på grunn av alvorlig/farlig og skremmende atferd. På bakgrunn av dette beskrives det at inntaksarbeidet må innbefatte en sikkerhetsplan, sikring av kompetanse og bemanning samt organisering av fysiske omgivelser. Av dokumentene framgår det videre at denne ungdommen har rus/narkotika-relaterte utfordringer.

For én av de fem ungdommene, som beskrives å ha hatt en historikk knyttet til selvmordsproblematikk/selvskading, gis det ikke noe tydelig utfordringsbilde ved inntak. I Periodeplan OEM krysses det av for "nei" i samtlige rubrikker som skal kategorisere ungdommens nåværende atferdsuttrykk. Ungdommen vurderes ikke å ha selvmordsproblematikk/selvskading,

---

<sup>7</sup> Med unntak av én ungdom som har hatt opphold i samme institusjon før denne ble til det nye institusjonstilbudet BBS.

aggressiv/truende atferd, utfordringer knyttet til rømming eller atferd som får negative konsekvenser for andre ungdommer. Dokumenteringen viser imidlertid at ungdommens atferdsuttrykk endrer seg etter noen måneders botid ved BBS, slik at det etter hvert tydeliggjøres et utfordringsbilde knyttet til selvmordsproblematikk/selvskadning.

Generelt beskrives det i de dokumentene som foreligger, at ungdommene har betydelige utfordringer knyttet til følelsesregulering, og at de har behov for hjelp som kan bidra til å styrke selvreguleringen. Det går også fram at samtlige ungdommer trenger en trygg omsorgsbase den tiden behandlingen pågår.

Ved LBS er det særlig inntaksbrev (vurdering av inntak) som gir informasjon om ungdommenes utfordringer ved inntak, og noe informasjon om historikk og tiltak i forkant av plassering. I tillegg framkommer noe informasjon fra Periodeplan OEM og Plan for ekstra hjelp (PFEH). I dokumentene kommer det fram at ungdommene har opplevd mange flyttinger etter de ble plassert utenfor foreldrehjemmet første gang. Flere av dokumentene viser også at ungdommene har opplevd mange brutte relasjoner tidligere i livet, og flere av dem har opplevd traumatiske eller belastende hendelser tidligere. For eksempel har to av ungdommene opplevd voldtekt/overgrep. I inntaksbrevene presiseres det ofte fra barneverntjenestens side at ungdommen har behov for kontinuitet, trygghet, omsorg og stabile rammer. Ut fra dokumentene kan vi imidlertid ikke se at det er gjort noen vurdering av hvorvidt to ekstra flyttinger (inn på LBS og ut i nytt omsorgstilbud) er forsvarlig sett opp mot behovet for disse behovene. Vi ser heller ikke at det er dokumentert noen vurdering av hvorfor det er akkurat *denne* institusjonen som er det foretrukne alternativet.

Samlet tegner dokumentene et bilde av en ungdomsgruppe med store utfordringer. De mest framtrædende er knyttet til psykiske vansker som selvskadning, selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk. Alle ungdommene har tidligere vært i kontakt med BUP, og noen har hatt omfattende kontakt med psykisk helsevern, blant annet flere innleggelseser. Omfanget av psykiske vansker varierer mellom ungdommene og fra periode til periode. Det kommer også fram utfordringer knyttet til atferd hos alle ungdommene, men med ulikt omfang og intensitet, og ulikt fra periode til periode. Blant annet beskrives flere situasjoner av aggressiv atferd, bruk av rusmidler, knusing av ting, trusler og rømming. I tillegg til psykiske vansker kommer det fram at ungdommene ofte også har store utfordringer knyttet til skole. Ungdommene har hatt omfattende skolefravær i forkant av inntaket, og for alle ungdommene beskrives det store utfordringer i skolehverdagen, også når de er på skolen. Dette er knyttet til lærevesker eller utfordringer med å tilegne seg kunnskap, og noen har hatt situasjoner med regelbrudd.

### **Periodeplan OEM**

Periodeplan OEM (PP OEM) er et sentralt dokument som fylles ut og evalueres én gang i måneden av miljøpersonalet ved BBS og annenhver måned ved LBS. Periodeplan OEM har 14 hovedpunkter med mange underpunkter som skal fylles ut<sup>8</sup>. Disse er:

1. Motivasjon og forpliktelse
2. Mål
3. Overgang
4. Andre faktorer å ta i betraktning (diagnoser, ASEBA pre, ASEBA brief, KATE, CATS)

---

<sup>8</sup> Helsepersonalet ved BBS og LBS har ikke tilgang til PP OEM og kan ikke føre i dette dokumentet.

5. Plasser ungdommens nåværende atferdsuttrykk i kategorier i endringshierarkiet
6. Fokusatferd og plassering i endringshierarkiet
7. Fysiske møter eller videomøter
8. Telefonkontakt/e-post eller annet
9. Individuelle samtaler
10. Atferdskjedeanalyse (AKA)
11. Ferdighetsgruppe
12. Ekstra hjelp
13. Periodens oppsummering av fokusatferd
14. Hypoteser som ligger til grunn for tiltak som iverksettes

Dokumentet skal beskrive hvordan miljøterapeutene jobber med å motivere og forplikte den enkelte ungdom og hans/hennes familie. Videre brukes dokumentet til veiledning av sak, i tillegg til at det skal dokumentere utviklingen i saken. Periodeplan OEM gir også innsikt i hvordan ansatte dokumenterer og gjør det mulig å følge ungdommens situasjon og endringsarbeid over tid, spesielt i de sakene hvor vi har fått tilgang til alle periodeplaner.

Generelt viser PP OEM-dokumentene som er gjort tilgjengelige, at miljøterapeutene ved BBS dokumenterer grundig på de fleste punkter, og det ser ut til at det arbeides systematisk i henhold til DBT og OEM. Inntrykket er at de ulike ansatte arbeidet "likt" opp mot den enkelte ungdom og at miljøterapeutenes PP OEM-føringer og praksis er tilnærmedesvis lik. Det er imidlertid å bemerke at det på enkelte punkter føres lite eller ingenting, at føringen ikke alltid stemmer overens med føringer i andre dokumenter eller at det kan være vanskelig å følge logikken i føringene. Ved LBS er det dokumentert mindre systematisk enn ved BBS, men det skjer endringer etter hvert, og det dokumenteres betydelig mer systematisk også her etter høsten 2019. Dette må også ses i lys av at de to institusjonene har hatt veldig ulik oppstart og at de ansatte ved LBS kom senere i gang med opplæringen i DBT. I det følgende vil innholdet i de ulike komponentene i PP OEM kommenteres mer inngående.

#### Om plasseringer i endringshierarkiet og forsvarlighet

PP OEM-dokumentene som er gjort tilgjengelige, viser at de fem ungdommene kategoriseres noe ulikt under punkt 6 "Fokusatferd og plassering i endringshierarkiet" ved inntak/plassering BBS. Én ungdom plasseres i endringshierarkiet under "suicidal og selvskading", én under "selvmord", én under "selvskading" og to under "atferd som hindrer livskvalitet". Det tyder på at ungdommenes utfordringsbilder har vært til dels ulike ved inntak ved BBS. I tillegg går det fram ved inntaksvurdering knyttet til én av ungdommene at alvorlighetsgrad som gjelder rusproblematikk og eksperimentering av illegale rusmidler defineres som "middels" og videre at "inntak vil gi en høyere risiko for andre ungdommer, da atferden er så alvorlig/farlig og skremmende for medbeboere". I dokumentet påpekes det at konsekvensene av inntak må sikres godt i form av sikkerhetsplan, organisering av de fysiske forhold, kompetanse og bemanning. En annen ungdom plasseres ved BBS på det som omtales som "høyt sikkerhetsnivå" og "kode 6 strengt fortrolig", og skal ikke ha kontakt med sin familie.

På bakgrunn av den informasjon dokumentene gir kan det stilles spørsmål ved om det er forsvarlig å la ungdom med svært ulike utfordringer bo sammen. Samtidig kan det også stilles spørsmål ved forsvarligheten ved å la mange ungdommer med like eller samme alvorlige psykiske helseproblemer bo sammen over lang tid. I noen av dokumentene ved LBS kommer det

fram at ansatte er bevisst på faren for "smitteeffekter" og flere av ungdommene beskrives å være lett påvirkelige av de rundt seg.

I tillegg til faren for "smitteeffekt" er det også et spørsmål om hvor trygg institusjonene oppleves for ungdommene. Av "Sjekkliste for plan for ekstra hjelp" (som det redegjøres nærmere for i eget avsnitt) framgår det også at det gjentatte ganger oppstår alvorlige og skremmende situasjoner i institusjonsmiljøet, som beskrives å gå utover de andre ungdommene. Det dreier seg om utageringer, blant annet i form av knusing av ting, velting av møbler og trusler med våpen/kniv. Dette kan oppleves direkte skremmende for ungdommene. I tillegg blir ungdommene vitne til eller får høre om tilfeller med alvorlig selvskading. Dokumentene viser at ulike ungdommer er involvert og at det i enkelte tilfeller tilkalles politi. I denne forbindelse kan det stilles spørsmål ved om BBS og LBS kan framstå og/eller forstås som en trygg omsorgsbasis eller et trygt midlertidig hjem for ungdommene. I noen av dokumentene beskrives det også at ungdommene føler seg utrygge i slike situasjoner, noe som også går fram av intervjuer med ungdommene (se kapittel 8).

### Om motivasjon og forpliktelse

Utfyllingen av punkt 1 "Motivasjon og forpliktelse" – som innbefatter underpunktet "Er ungdommen motivert og forpliktet til å delta i egen utvikling og endring?" – er vanskelig å følge og forstå. I en god del tilfeller går det fram at ungdommen har gitt uttrykk for at han/hun ikke ønsker å bo ved BBS/LBS, og det er til dels godt dokumentert hvordan ungdommene stiller seg til behandling. I andre tilfeller har miljøterapeutene krysset av for at ungdommen "er umotivert for endring eller å lære ferdigheter", "ungdommen har en likegyldig holdning og ser håpløst på fremtiden" og "ungdommen viser motstand og ser ikke behovet for å endre seg". På samme tid har miljøterapeutene valgt å krysse av for at ungdommen er "delvis" motivert og forpliktet. I disse tilfellene framstår føringene som lite logiske, siden det er vanskelig å forstå at ungdommen kan bli tolket som "delvis" motivert og forpliktet. Ut fra dokumentene ved LBS ser det ut til at ungdommene gjennomgående er mer motivert til behandling og endring ved innflytting enn de blir etter hvert, selv om motivasjonen ved innflytting også varierer. I dokumentene fra LBS beskrives det også at for noen av ungdommene veksler motivasjonen mye, og at det er vanskelig å skulle krysse av på ett alternativ. Det ser også ut til at motivasjonen for å delta i behandlingsopplegget avtar utover i oppholdet. Manglende motivasjon viser seg noen ganger ved at ungdommene sier det direkte til de ansatte, og i andre tilfeller slutter de å møte opp på ferdighetstrening, ønsker ikke å snakke med psykolog eller uteblir fra behandling på andre måter, og noen trekker seg unna og er mye på rommet sitt.

Punkt 1 "Motivasjon og forpliktelse" innbefatter også underpunktet "Er ungdommens familie/nettverk motivert og forpliktet til å delta i utviklings -og endringsarbeidet?". Her krysser miljøterapeutene ved BBS gjennomgående av for "Ja" eller "Delvis" med unntak av dokumentene knyttet til én av ungdommene. Ved LBS varierer dette mer, og i en del periodeplaner er ikke dette krysset av. På en av ungdommene er det beskrevet at foreldre ikke har fått informasjon om behandlingsopplegget ennå. Videre krysser de av for enten "Familie/nettverk holdes informert om endringsarbeidet gjennom telefon eller lignende" eller "Familie/nettverk involveres gjennom samtaler om endringsarbeidet og konkrete ferdigheter ungdommen øver på", eller begge deler. Hvor mye familie og nettverk er involvert varierer; dette framgår av planer vi har mottatt både fra BBS og LBS. For øvrig er det å bemerke at det framgår av dokumentene at ingen av ungdommene ved BBS og LBS skal flytte hjem til sine foreldre etter oppholdet ved institusjonene. Det er med andre ord andre voksenpersoner som man ennå ikke

vet hvem er, som mest sannsynlig skal være tett på ungdommene i det daglige i tiden som kommer. I denne forbindelse kan det stilles spørsmål ved på hvilken måte og på hvilket tidspunkt disse voksenpersonene skal involveres i utviklings- og endringsarbeidet. Det går ikke fram av dokumentasjonen.

#### Om fokusatferd og hypoteser for tiltak som iverksettes

Punktene 13 "Denne periodens oppsummering av fokusatferd" og 14 "Hypoteser som ligger til grunn for tiltak som iverksettes" er også i varierende grad fylt ut av miljøterapeutene. I de fleste PP OEM-dokumentene som er gjort tilgjengelige, er ikke punkt 14 fylt ut, mens punkt 13 er fylt ut i ulik grad. Dessuten ser det ut til å være en tendens til at miljøterapeutene etter hvert slutter å fylle ut punkt 13. (I dette punktet skal man vurdere, gradere og synliggjøre ungdommens fokusatferd.) I dokumentene gis det ingen forklaring på hvorfor punkt 13 og 14 i liten eller svært varierende grad fylles ut av miljøterapeutene, og det er vanskelig å si noe om hvordan dette skal forstås. Hva angår punkt 13 kan det nevnes at det av enkelte PP OEM-dokumenter framgår at ungdommenes situasjon etter hvert forverres i den forstand at fokusatferd tiltar. Det ser vi også ved at antall planer for ekstra hjelp øker. I disse tilfellene er det å anta at gradering i punkt 13 vil være relevant, men dokumentgjennomgangen viser at miljøterapeutene likevel ofte ikke fører noe her.

#### Om plassering av ungdommens atferdsuttrykk og denne periodens fokusatferd

Vi finner også at enkelte føringer i periodeplanene ikke samsvarer med føringer som gjøres i andre dokumenter. Det kan vi se om vi for eksempel sammenlikner PP OEM og Plan for ekstra hjelp (PFEH). I ett tilfelle føres det i PP OEM punkt 5 "Plasser ungdommens nåværende atferdsuttrykk i kategorier endringshierarkiet", at ungdommen i denne perioden *ikke* har vist selvmordsproblematikk eller selvskadet, mens det i PFEH vises til ti ulike datoer i den gjeldende perioden hvor ungdommen har selvskadet. Her er det altså uoverensstemmelse mellom det som føres i de ulike dokumentene. I den påfølgende PP OEM (neste måned) føres det imidlertid at ungdommen har vist selvmordsproblematikk og selvskadet (punkt 5), men i punkt 13 "Denne periodens oppsummering av fokusatferd" beskrives selvskadingen som "sjelden" og kategoriseres som "0" i alvorlighetsgrad. I samme periode viser PFEH at ungdommen selvskader ved flere anledninger, at hun/han har en forholdsvis sterk trang til selvskading (selvskader hvis hun/han er på 5-7 på trang) og i tillegg har sluttet å spise, samt besvimt ved flere anledninger. I ett tilfelle har man også endret punktet som beskriver "fokus ved inntak". Ved inntak var det beskrevet at barnevernet ikke kjenner til at ungdommen har erfaring med rus, mens i en av periodeplanene senere i løpet har rus kommet inn som ett av punktene under "fokusatferd ved inntak". Jenta har altså begynt med hasj og alkohol etter innflytting på institusjonen, men det dokumenteres altså som "fokusatferd ved inntak". Utfordringen med dette er at slik feilføring kan ha innvirkning på hvordan man vurderer suksess og om man har lyktes med behandlingen. Dersom man kun hadde lest noen av dokumentene, eksempelvis kun PP OEM, ville man i disse tilfellene fått inntrykk av at ungdommen var i positiv endring og/eller at situasjonen i alle fall var stabil. PFEH avslører imidlertid en alvorlig, negativ utvikling for ungdommen i denne perioden, som er langt ute i dennes behandlingsforløp/botid ved BBS. Vi kan ikke forklare hvorfor disse føringene er i konflikt, men det forekommer altså uoverensstemmelser i beskrivelser som gjelder én og samme ungdom som dokumenteres i ulike skjemaer, men i samme tidsperiode av miljøterapeuter.

### **Sjekkliste for plan for ekstra hjelp – miljøterapeut og ungdom**

Sjekkliste for plan for ekstra hjelp (PFEH) er et dokument som skal fylles ut av miljøterapeut og ungdom underveis mens plan for ekstra hjelp blir gitt. Syv av de ni ungdommene vi har fått dokumenter på, har PFEH som er gjort tilgjengelig for oss. Det gjelder alle fem ungdommene ved BBS og to av ungdommene ved LBS. Planene er fylt ut av miljøterapeutene, og det ser ikke ut at til at ungdommene selv har ført direkte i dokumentene. Ungdommenes stemmer kommer fram ved at miljøterapeutene henviser til det de har gitt uttrykk for, om de er enige/ uenige med miljøterapeutene og så videre.

Når PFEH iverksettes, er det spesifikke hendelser som ligger til grunn og som gjør at ansatte vurderer at det er nødvendig med mer/annen eller tettere tiltak eller intervensjoner. Hendelsen er som regel knyttet til "bruk av fokusatferd", for eksempel selvskading, vold/trusler, rømming og utagering. Utfylling av punktet "Hendelsen" er gjerne svært inngående, og er ment å gjøre rede for og begrunne hvorfor man igangsetter PFEH. PFEH ser ut til å settes i verk når det er relativt alvorlige hendelser, for en bestemt periode, og med dato for evaluering. For eksempel ble det iverksatt PFEH over en periode på 8 dager for en ungdom som hadde rømt og vært borte fra institusjonen i fem dager, og utsatt seg selv for fare mens hun var borte. Et annet eksempel var en ungdom som har kuttet seg selv. Her blir det ransakelse av rommet for å sjekke om ungdommen har flere barberblader, og det iverksettes PFEH i fem dager. Et tredje eksempel er en hendelse hvor en ungdom viser utagerende oppførsel som innbefatter ødeleggelse og knusing av eget rom. Her iverksettes PFEH over en periode på 20 dager, og det framgår at planen skal evalueres, gjennomgås og oppsummeres daglig sammen med ungdommen. I etterkant av dato hvor PFEH opprettes, vises det til hele ni ulike datoer hvor personalet gjennomgår og har samtaler om ulike temaer tilknyttet hendelsen med den aktuelle ungdommen.

PFEH beskriver også hvilke tiltak som iverksettes. Det gjøres som nevnt på bakgrunn av hendelser som har innbefattet bruk av én eller flere av de fokusatferder som beskrives som deler av utfordringsbildet til den enkelte ungdom. Imidlertid ser det ut til å være ganske store variasjoner mellom institusjonene når det gjelder hvilke typer tiltak som iverksettes.

#### PFEH presenteres som hjelp, men kan oppleves som straff

Tiltakene som beskrives i PFEH, synes i stor grad å være foreslått av de ansatte på institusjonen. Ungdommene gir av og til uttrykk for at de er enige i det som defineres som "ekstra hjelp" i PFEH, men inntrykket er at de langt oftere ikke ønsker å jobbe med planen/fokusatferden, ikke er enige i de tiltak som iverksettes, ikke ønsker å øve på ferdigheter/finne alternative løsninger og/eller ikke mener at de trenger hjelp til å gjøre atferdskjedeanalyse (AKA). Én ungdom opplever å bli "trigget" av å øve på ferdigheter på en slik måte at dette utløser fokusatferd. Det er også eksempler på at ungdommene ikke er enig i hva som er definert som fokusatferd, og som da heller ikke vil være enig i at det er behov for PFEH for å begrense/endre fokusatferd.

Ser vi nærmere på tiltakene eller "den ekstra hjelpen" som iverksettes på bakgrunn av én eller flere uheldige hendelser som har innbefattet fokusatferd, er det store forskjeller mellom de to institusjonene. Ved BBS er disse eksempelvis flytting i endringshierarkiet, ransaking av rommet, beslaglegging av eiendeler, får ikke lov til å veksle inn pogs for penger over en periode, får ikke tilgang på internett, mer øving på ferdigheter og rollespill, gjennomføring av atferdskjedeanalyse (AKA), å gjøre opp for seg, kjøkkenet stenges av mellom måltider og

måltider serveres i/på plast eller papp for alle ungdommene over en periode (jf. risikonivå 2) og flytting til annet rom. Her er et eksempel hentet direkte fra et PFEH-skjema, som viser hvilke begrensninger som skal gjelde for perioden:

- 1) *Kjøkken er stengt mellom måltider, og måltider serveres i/på plast eller papp så lenge risiko vurderes å være på nivå 2. Dette har sammenheng med trygghet og trivsel for alle som oppholder seg i huset (jmf § 1).*
- 2) *(...) flytter til et rom med begrensninger ifht møbler eller ting (...) kan skade seg selv eller andre med.*
- 3) *Hvis (...) fortsetter å kaste ting mot personal når døren åpnes, slik at vi ikke får kontakt med (...), må vi vurdere andre tiltak. Dette skal være med på å sikre god og trygg omsorg (jmf § 7).*
- 4) *(...) får levere inn POGS, men får ikke ut penger for dette inntil samarbeidet evalueres første gang mandag morgen (.../.../...). Vi har ikke lyktes å få i gang et godt samarbeid med (...) til nå, og er derfor enda usikker på (...) sin sinnstilstand (.../.../...).*
- 5) *(...) får ikke tilgang på nett før vi kommer i kontakt med (...) og (...) er tilgjengelig for samarbeid og jobbing ifht trygghet og sikkerhet. Dette evalueres daglig sammen med (...).*
- 6) *(...) har ikke tilgang på sykkel da (...) bruker denne til å stikke av fra institusjonen når (...) er sint eller i sterke følelser. Evalueres daglig.*

Det er mulig å forstå listen med begrensninger som konsekvenser, siden de kommer som følge av hendelsen som medførte iverksettelse av PFEH. Enkelte tiltak som iverksettes, for eksempel avstenging av kjøkken, er av en slik art at de ikke kun begrenser ungdommen som PFEH omhandler, men i realiteten samtlige ungdommer som bor ved BBS. Slike tiltak beskrives og omtales som risikovurderinger eller trygghets- og sikkerhetsperspektiv i PFEH, men det kan likevel stilles spørsmål ved om de kan forsvares i et "normalitetsperspektiv" med tanke på at institusjonen er å forstå som ungdommenes hjem den tiden de bor der.

Ved LBS kommer det ikke fram det samme omfanget av tydelige begrensninger og konsekvenser som vi ser ved BBS. Den vanligste intervensjonen i PFEH er at ansatte skal være tettere på og at de skal føre tilsyn på natt. I tillegg er det vanlig, som ved BBS, at det skal jobbes mer med ferdigheter og å ta i bruk ferdigheter i liknende situasjoner senere. I tillegg innføres det begrensninger. I ett tilfelle innføres det begrensning ved at ungdommen ikke får dra til byen alene og være sammen med venner (åtte dager), men hun kan ha besøk av venner på institusjonen. Dette skjer etter en hendelse med rømming hvor ungdommen på 15 år var borte i fem dager, hadde ruset seg mye og hatt sex. I et annet tilfelle får ikke ungdommen lov til å gå ut alene, dette etter gjentatte selvmordsforsøk på kort tid og bekymring for at hun skal gjøre nye forsøk hvis det ikke er personale til stede. Altså skjer det begrensninger også ved LBS, men vi ser ikke den samme systematikken i begrensninger og konsekvenser som vi ser ved BBS. Blant annet ser vi ingen dokumentasjon på bruk av pogs og penger eller fravær av dette, og heller ikke fratakelse av telefon, internett eller stenging av kjøkken. I intervjuer med ansatte får vi imidlertid høre at det er iverksatt langt flere PFEH enn det som kommer fram i dokumentgjennomgangen. I og med at det mangler mange PFEH, kan vi ikke konkludere med hva som er praksis og eventuelle forskjeller mellom institusjonene.

Flere av ungdommene, spesielt ved BBS, gir uttrykk for at de opplever PFEH som "straff", ikke som hjelp. Ut fra de tiltak og begrensninger som iverksettes gjennom PFEH, slik doku-

mentene som er gjort tilgjengelige viser, er det mulig å forstå ungdommenes perspektiv. Der- som miljøterapeutene presenterer dokumentet og gjennomgangen av dette som "en plan for *ekstra hjelp*", kan dette være svært utfordrende å forstå. Trolig kan det også oppleves som til dels krenkende. I så måte er det mulig å tenke seg at situasjonen forverres, noe som i en god del tilfeller også kan tolkes gjennom det som dokumenteres i PFEH. Deler av det tekst- materialet som er produsert, som bidrar til å beskrive ungdommenes situasjon, framstår som en kamp mellom miljøterapeut(e) og den aktuelle ungdom. Man kommer ikke til enighet, og situasjonene virker i så måte fastlåste. Det lar seg vanskelig lese ut av dokumentene som er gjort tilgjengelige fra BBS og LBS, at PFEH i det hele har en positiv virkning for ungdommene og deres situasjon.

### **Dagbokkort**

Dagbokkort er et sentralt verktøy i behandlingsopplegget ved BBS. Ved LBS hadde de på det tidspunktet vi hentet inn dokumentene ikke kommet i gang med dette, men ansatte jobber mye med å motivere ungdommene for å ta det i bruk. Altså anses det som en viktig komponent også ved LBS, men ungdommene selv ønsker ikke å fylle ut, og en av dem sier at det trigger henne. Dagbokkortene fylles ut av ungdommene selv og kan forstås som en form for "tilstands- rapport" som sier noe om situasjon, utvikling og endring. Noen få dagbokkort er gjort til- gjengelige for tre av de fem ungdommene ved BBS. Gjennomgang av PP OEM viser at flere av ungdommene fyller ut dagbokkort daglig, andre gjør det noe sjeldnere og/eller det varierer hvor ofte den enkelte ungdom gjør det under botiden. Et dagbokkort omhandler én eller flere definerte fokusatferder, og den enkelte ungdom kan sies å bedrive en form for selvevaluering ved å fylle ut og delvis gradere "lyst", "tanker" og "handlinger" knyttet til aktuell fokusatferd. Gradering av intensiteten av lyst/tanker går fra 0 = "Hadde ingen lyst/tanker" til 10 = "Intens lyst". I løpet av botiden kan ungdommens fokusatferd (med tilhørende spørsmål som må be- svares i det daglige) justeres og endres.

"Selvskading" kan være ett eksempel på fokusatferd som evalueres og måles daglig. Et annet kan være: "Jeg snur meg vekk eller isolerer meg når vi skal snakke". I tilknytning til denne siste typen definerte fokusatferd må ungdommen besvare og delvis gradere sine svar på følgende spørsmål: "Har du unngått å svare voksne når de har kommet med forvent- ninger/plikter?", "Har du vært på rommet for å unngå samtale med ansatte?", "Har du laget lyder mot ansatte i dag istedenfor å snakke?", "Deltar du på ferdighetsgruppe, utviklings- samtaler og atferdsanalyse?", "Ignorerte eller glemte jeg å bruke ferdigheter i dag?", "Hvordan har humøret ditt vært i dag?", "Har du deltatt på ettermiddagstreff og måltider?" og "Har du dusjet i dag?". Svarene ungdommen gir, forteller noe om situasjonen – om fokusatferd er fram- tredende eller ikke, og hvordan denne eventuelt endrer og utvikler seg. De utfylte dagbok- kortene går alltid igjennom av ungdommen og en voksen ansatt sammen. Som beskrevet i tidligere rapportering gjennomgås selvevalueringen i felleskap ofte på kveldstid, i forkant av at ungdommen skal legge seg.

### Selvevalueringspraksis i situasjoner som er skjøre og ustabile

Det kan stilles spørsmål ved om slike selvevalueringer – hvor ungdommen må reflektere over, måle og bekjenne sine tanker og handlinger daglig – i en del tilfeller og over tid kan oppleves som negativt stress. Å granske sine tanker og handlinger, og redegjøre for og dokumentere disse daglig, kan være krevende i den forstand at det også bringer fram følelsen av ikke å være god nok, at en ikke får det til, at en mislykkes. Videre er det mulig å tenke seg at slike selvransaker på kveldstid, i forkant av leggetid, er ugunstige med tanke på ro og søvn, noe



som også kommer fram i intervjuene med ungdommene (se kapittel 8). På den annen side kan ungdommen selvsagt også bli bevisstgjort sin positive utvikling og suksess, når hun/han opplever å kunne fylle ut at lyst, tanker og handlinger knyttet til fokusatferd avtar. Samtidig er det mulig å lese ut av dagbokkort og andre sentrale dokumenter at flere av ungdommene går gjennom ulike faser hvor lyst/tanker/handlinger først er sterke, deretter avtar, for så å bli beskrevet som svært sterke igjen. Det synes også å være slik at enkelte ungdommer nekter å føre dagbokkort eller av ukjente årsaker etter hvert slutter å føre dagbokkort. Man får inntrykk av at ungdommenes situasjoner er skjøre og ustabile, noe de selv trolig blir seg særlig bevisst gjennom selvevalueringene som det er ønskelig at de bedriver i form av hyppige føringer av dagbokkort. Praksisen med dagbokkort kan og bør derfor vurderes nøye i henhold til en faglig og etisk forsvarlighet som omhandler både innhold, omfang/hyppighet og tidspunkter for føringer. Det bør drøftes om og hvordan dagbokkort eventuelt kan virke belastende og inn-gripende i ungdommenes liv den tiden de bor ved BBS.

### **Skolegang og skolenærvær**

#### Evalueringsrapporter og referat fra ansvarsgruppemøte

Det er evalueringsrapportene og referatene fra ansvarsgruppemøtene som gir mest informasjon om ungdommenes skolesituasjon ved BBS, og Periodeplan OEM ved LBS. Materialet er imidlertid tynt fra begge institusjonene, i den forstand at antallet rapporter og referater er få. Spesielt er det tynt fra LBS.

Dokumentene fra BBS viser at samtlige har et undervisnings- og opplæringstilbud ved Mellomåsen skolesenter den første tiden de bor ved BBS. Mellomåsen tilbyr opplæring av barn og unge mens de tilbringer tid på sykehus eller er innlagt på institusjon i Nordland. Videre viser dokumentene at noen av ungdommene fortsetter å ha sitt skoletilbud på Mellomåsen, mens andre etter hvert bytter til annen kommunal eller fylkeskommunal skole. Skolebyttene begrunnes i hovedsak ut fra ungdommenes egne ønsker. Samtlige ungdommer beskrives å få tilrettelagt og tilpasset opplæring. Hva angår skoledagene og antall undervisningstimer i uken på Mellomåsen skolesenter, framgår det at disse er langt færre enn det som er standard i "normalskolen".

Dokumentene viser at skole har vært en utfordring for flere av ungdommene også i tiden før inntak. For flere av ungdommene synes denne trenden å fortsette og til dels forsterkes under botiden ved BBS og LBS. Skole og skolegang beskrives som krevende for ungdommene, og mange har et høyt fravær. For noen få beskrives et mer vellykket innpass i skolen som varer over lengre tid, men som etter hvert framstår som mer ustabil og mindre vellykket.

Dokumentene gir noe innsikt i ulike forhold som ligger til grunn for ungdommenes skolevegring og høye fravær. Eksempler kan være tidligere dårlige skoleerfaringer, bytte av skoler, faglige og/eller sosiale utfordringer og utfordringer knyttet til det å klare å stå opp om morgenen. Av dokumentene ved BBS går det fram at miljøpersonalet kan ta i bruk forsterkning eller belønning i form av pogs når ungdommen velger å gå på skolen. Denne tilnærmingen synes imidlertid ikke å være ubetinget vellykket: Selv om den kan fungere som en motivator i starten, stabiliserer den ikke situasjonen på en slik måte at den hindrer fravær over tid, eller "tar bort" ungdommens utfordringer.

En tilleggsfaktor som kan være relevant å nevne om man skal forsøke å forstå ungdommenes skolevegring/skolefravær, er ustabiliteten i livene deres, i den forstand at de vet at dette kun er en "mellomstasjon". En forestående utflytting vil medføre nytt bosted og mest sannsynlig også skolebytte. Skolen, klassen, medelevene og lærerne kan i denne forbindelse framstå som noe flyktig som det kan oppleves som vanskelig, og kanskje heller ikke meningsfylt, å lære å kjenne og søke å bli en del av.

#### Om overgang, framtidsplaner og utflytting

Gjennomgangen av dokumentene viser at det foreligger lite planer om hva som skal skje etter at ungdommene flytter ut av institusjonene. I PP-OEM føres det lite eller ingenting på punkt 3 "Overgang" med tilhørende underpunkter "overgangsdato/overgangsplan", "på hvilken måte ny omsorgsbasis får opplæring" og "vedlikeholdsplan for å forhindre replasering etter overgang". Det gjenspeiler det som kommer fram i intervjuene, hvor ungdommene er usikre på hva de skal etterpå.

Med ett unntak foreligger det ingen overgangsplaner i det ungdommene flytter inn ved BBS og LBS. Der dokumentmaterialet tillater at vi følger ungdommen gjennom store deler av oppholdet og botiden, viser dette at den manglende føringen fortsetter på disse punktene. Etter hvert går det fram at det for to av ungdommene ved BBS søkes fosterhjem, men for én av disse beskrives det at barneverntjenesten anser det som usannsynlig å finne et egnet fosterhjem til ungdommen. For en av ungdommene ved LBS planlegges det etter hvert at ungdommen skal flytte til nytt tiltak, etter eget ønske. Ungdommen har på dette tidspunktet bodd på institusjonen i 10 måneder og har ved flere anledninger gitt uttrykk for at hun ønsker å flytte.

Manglende eller vag føring på punkt 3 "Overgang" indikerer at barnevernet stort sett ikke har en videre overgangsdato og /eller overgangsplan som gjelder ungdommenes videre livssituasjon etter botiden ved BBS, noe som også har kommet fram i intervjuer med både ungdommer og ansatte. Lite oversikt og kontinuitet med tanke på "veien videre" og hvor lenge ungdommen faktisk skal bo ved BBS, bidrar til å skape usikkerhet, tvil og stress hos ungdommene. Intervjuene med ansatte ved institusjonene støtter opp om dette inntrykket.

#### **Oppsummering**

I gjennomgangen av dokumenter finner vi at det er ulikheter mellom institusjonene i hvor mye de fører og på hvilken måte. Det må også ses i lys av at de to institusjonene har hatt en veldig ulik oppstart og at de ansatte ved LBS kom senere i gang med opplæringen. Samlet tegner dokumentene et bilde av en ungdomsgruppe med store utfordringer. Det mest framtrepende er knyttet til psykiske vansker som selvskadning, selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk. Alle ungdommene har tidligere vært i kontakt med BUP, og noen har hatt omfattende kontakt med psykisk helsevern, blant annet flere innleggelses. Omfanget av psykiske vansker varierer mellom ungdommene og fra periode til periode. Det kommer også fram utfordringer knyttet til atferd hos alle ungdommene, men med ulikt omfang og intensitet, og ulikt fra periode til periode. Dokumentgjennomgangen synliggjør også at ungdommene ofte har store utfordringer knyttet til skole.

Ut fra informasjonen om ungdommenes utfordringer kan det stilles spørsmål ved forsvarligheten ved å la mange ungdommer med like eller samme alvorlige psykiske helseproblemer bo sammen over lang tid. I noen av dokumentene ved LBS kommer det fram at ansatte er bevisst på faren for "smitteeffekter", og flere av ungdommene beskrives å være lett påvirkelige av

dem rundt seg. I tillegg til faren for "smitteeffekt" er det også et spørsmål om hvor trygg institusjonene oppleves for ungdommene. Av dokumentene går det fram at det gjentatte ganger oppstår alvorlige og skremmende situasjoner, som også beskrives å gå utover de andre ungdommene.

Når det gjelder motivasjon, som er et sentralt spørsmål ved inntak, viser dokumentene at ungdommenes motivasjon ved inntak varierer. Flere av dem kan vanskelig sies å oppfattes som motiverte for behandling ved innskriving på institusjonen. Videre ser det ut til at motivasjonen for å delta i behandlingsopplegget avtar utover i oppholdet.

Det er vanskelig å konkludere bastant med utgangspunkt i dokumentgjennomgangen når det kommer til ungdommenes endring underveis i oppholdet. Dersom man kun hadde lest noen av dokumentene, eksempelvis kun PP OEM, ville man fått inntrykk av at ungdommens var i positiv endring og/eller at situasjonen i alle fall var stabil. Plan for ekstra hjelp (PFEH) avslører imidlertid at noen ungdommer har en alvorlig, negativ utvikling i denne perioden.

Når det gjelder tiltakene eller "den ekstra hjelpen" i PFEH som iverksettes på bakgrunn av uheldige hendelser som har innbefattet fokusatferd, er det store forskjeller mellom de to institusjonene. Ved LBS ser vi ikke det samme omfanget av tydelige begrensninger og konsekvenser som vi ser ved BBS. Flere av ungdommene, spesielt ved BBS, gir uttrykk for at de opplever PFEH som "straff" heller enn som hjelp. Ut fra dokumentene som er gjort tilgjengelige kan vi ikke se at plan for ekstra hjelp har en positiv virkning for ungdommene og deres situasjon. Enkelte tiltak som iverksettes ved BBS, for eksempel avstenging av kjøkken, er av en slik art at de ikke kun begrenser ungdommen som PFEH handler om, men i realiteten samtlige ungdommer som bor ved BBS. Slike tiltak beskrives og omtales som risikovurderinger eller trygghet- og sikkerhetsperspektiv i PFEH, men det kan likevel stilles spørsmål ved om de kan forsvares i et "normalitetsperspektiv" med tanke på at institusjonen er å forstå som ungdommenes hjem den tiden de bor der.

Dagbokkort framstår som et sentralt verktøy i behandlingsopplegget ved BBS. Ved LBS har de ikke kommet i gang med dette, men ansatte jobber mye med å motivere ungdommene for å ta det i bruk. Et dagbokkort omhandler én eller flere definerte fokusatferder, og den enkelte ungdom kan sies å bedrive en form for selvevaluering. Dette gjøres ofte på kveldstid før ungdommene legger seg. Det samlede inntrykket er at føring av dagbokkort oppleves vanskelig for ungdommene og at det også kan bidra til å trigge dem. Praksisen med dagbokkort bør derfor vurderes nøye i henhold til en faglig og etisk forsvarlighet som omhandler både innhold, omfang/hyppighet og tidspunkter for føringer. Det bør drøftes om og hvordan dagbokkort eventuelt kan virke belastende og inngripende i ungdommenes liv den tiden de bor ved BBS.

Skole og skolegang beskrives som krevende for ungdommene, og mange har høyt fravær. Skole har vært en utfordring for flere av ungdommene også i tiden før inntak, og for flere av ungdommene synes denne trenden å fortsette og til dels forsterkes under botiden ved BBS og LBS.

Gjennomgangen av dokumentene viser at det foreligger få planer om hva som skal skje etter at ungdommene flytter ut av institusjonene. Av dokumentene går det fram at ingen av ungdommene ved BBS og LBS skal flytte hjem til sine foreldre etter oppholdet ved institusjonene. Det er med andre ord andre voksenpersoner, som man ennå ikke vet hvem er, som mest

sannsynlig skal være tett på ungdommene i det daglige i tiden som kommer. I den forbindelse kan det stille spørsmål ved på hvilken måte og på hvilket tidspunkt disse voksenpersonene skal involveres i utviklings- og endringsarbeidet. Lite oversikt og kontinuitet med tanke på "veien videre" og hvor lenge ungdommen faktisk skal bo ved institusjonen bidrar til å skape usikkerhet, tvil og stress. Det vil også vanskeliggjøre arbeidet med videreføring av et tilbud som et ment å være av "igangsettende karakter".

## 8 Intervjuer med ungdommer: erfaringer med å bo og få behandling ved Bodø og Lunde behandlingssentre

Et viktig mål med følgeforskningsprosjektet har vært å få innsikt i ungdommenes erfaringer, det vil si hvordan de opplever å bo i en barneverninstitusjon som både skal gi dem omsorg og psykisk helsehjelp. I de individuelle intervjuene med ungdommene rettet vi oppmerksomhet nettopp mot dette og søkte å få informasjon om den enkeltes erfaringer og oppfatninger så langt. Følgende spørsmål dannet et viktig grunnlag og utgangspunkt for ungdomsintervjuene:

- Hva synes du om den hjelpen og oppfølgingen du har fått?
- På hvilken måte er dette tilbudet forskjellig fra andre tilbud du har fått?
- Hvordan har du fått være med å påvirke det tilbudet du får?

I tillegg ønsket vi å få informasjon om hvordan ungdommene oppfattet institusjonenes fysiske omgivelser:

- Hva synes du om hvordan rommene og omgivelsene er?

### Bakgrunnsinformasjon

Ungdommene vi har intervjuet, har ulike bakgrunner og ulik kjennskap til barnevernet. Noen har vært i barnevernet i mange år og har erfart flere ulike tiltak både i og utenfor hjemmet, eksempelvis beredskapshjem, fosterhjem og barneverninstitusjon. Andre har noe kortere erfaring med barnevernet og har vært i ett tiltak utenfor hjemmet før de flyttet inn i det nye institusjonstilbudet. Felles for ungdommene er at de har erfaring med psykisk helsehjelp fra tidligere, blant annet gjennom individualterapi i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). For noen har dette innbefattet møter med mange ulike behandlere gjennom flere år. Enkelte har også erfaring fra døgnenheter, akuttenheter og/eller utrednings- og behandlingseenheter. På intervjuutidspunktet har ungdommene bodd i det nye institusjonstilbudet i alt fra noen få uker til over ett år. Ulik botid (sammen med andre forhold) gjør at ungdommene har ulik innsikt i og kjennskap til hverdagslivet, omsorgen og den psykiske helsehjelpen som tilbys ved BBS og LBS. På grunn av anonymitetshensyn oppgis ikke kjønn og alder når vi presenterer sitater.

### 8.1 Motivasjon

Vi spurte ungdommene om tiden før innflytting og deres ønske om – eller motivasjon til – å flytte inn på institusjonen. Dette har vært sentralt blant annet fordi det påpekes i prosjektrapporten fra arbeidsgruppa at hvordan unge tas imot og følges opp i inntaksarbeidet, er avgjørende for at plasseringen skal bli god for ungdommen, og videre at det flere steder i rapporten vises til at ungdommens motivasjon er sentral for å lykkes med behandlingen. Det presiseres også at det må gis informasjon på den unges egne premisser og jobbes for å motivere den unge til å ta imot hjelpen som tilbys ved institusjonen. Selv om motivasjon eller manglende motivasjon ikke er et inklusjons- eller et tydelig eksklusjonskriterium, ser det likevel ut til å betraktes som en sentral komponent. Det gjelder også i DBT som metodikk. Flere av ungdommene i Bodø forteller at de selv ikke var/er motiverte. De ønsket i utgangspunktet ikke å bo i institusjonen og oppfatter ikke at de selv deltok aktivt i prosessen som førte til innsøking og tilbud om plass. En av ungdommene sier det slik:

*(...), jeg har sagt at jeg ikke er villig til å ta imot hjelp, fordi jeg vil ... ehh ... jeg er ikke motivert til det, og da ser jeg ikke vitsen i å skulle ta imot hjelp. For noe med grunnprinsippet av å ta imot hjelp må jo være å være motivert, noe som jeg ikke er.*

En annen ungdom forteller følgende om tiden før innflytting:

*Jeg kan ikke huske så mye fra den tiden, men jeg fikk sikkert mye informasjon, men jeg klarte ikke å bry meg så jeg ignorerte mesteparten av det, (...). Jeg var veldig, veldig sint på den tiden og veldig, veldig lei meg og alt sånn der, så jeg klarte ikke å bry meg om noe som helst. Så det ignorerte jeg, så jeg var uansett ikke særlig forberedt på å komme hit. (...) Nei, jeg ville tilbake, enten hjem til fosterhjemmet eller hjem til mamma, og det får jeg ikke lov til så da hadde det ikke noe å si uansett.*

Når ungdommene gir uttrykk for at de ikke var motiverte sier de at de selv ikke ytret ønsker om plassering og botid i det nye institusjonstilbudet. De opplever å ha hatt liten eller ingen innvirkning på de avgjørelser som ble tatt i forkant av plasseringen. En ungdom peker på at hun ikke var i stand til å ta imot informasjon på den tiden tiltaket ble vurdert, men at hun i utgangspunktet ikke ønsket å flytte til og bo i en institusjon.

Ungdommene på Lunde var derimot mer motiverte før innflytting. Motivasjonen var ikke først og fremst knyttet til opplegget på institusjonen, men mer omliggende forhold. Ei av dem ville flytte til Lunde for å komme nærmere vennene sine, og den andre ville flytte dit fordi hun hadde bodd der før. Det er også varierende hvilken informasjon de har fått om institusjonen på forhånd, og i begge intervjuene ser det ut til at de i liten grad var informert om opplegget på institusjonen i forkant.

Én av de fem ungdomsinformantene skiller seg ut ved å være spesielt tydelig på at hun var motivert og ønsket å flytte inn i institusjonen. Ungdommen forteller at hun var aktivt involvert i prosessen som førte til at hun flyttet fra én institusjon til en annen – det nye institusjonstilbudet:

*Det var et ønske fra min side å flytte, og så sa jeg i fra til barnevernet at jeg ikke ville bo der, og så ringte dem meg, sånn cirka en uke etterpå og sa at det var ledig plass til meg her da og at jeg kunne dra og se. Så var det opp til meg om jeg ville dra eller ikke.*

## **8.2 Nytt institusjonstilbud**

Ungdommene med erfaring fra andre barneverninstitusjoner beskriver institusjonen de bor i nå som noe annerledes. Det som framfor alt framstår som annerledes for ungdommene i Bodø, er psykologene som arbeider i institusjonen, som er i miljøet og som de har ukentlig samtale med.<sup>9</sup> Det gjelder også i Lunde, hvor de i tillegg beskriver ferdighetstreningene og mer forpliktelser som noe av det som er annerledes. I tillegg beskriver en av ungdommene (som har bodd på Lunde tidligere) at en av de store forskjellene er at "det er veldig, veldig mange folk nå", noe som oppleves ustabil og til dels utrygt.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) og omsorgs- og endringsmodellen (OEM), som er en del av behandlingen som tilbys i Bodø, ifølge informanter, refereres ikke til som noe nytt av ungdom som har hatt botid i andre institusjoner i Nord-Norge. To av de tre ungdomsinformantene i Bodø sier at de er kjent med "opplegget" fra før. Én av dem gir uttrykk for det på følgende måte:

---

<sup>9</sup> På intervjuutidspunktet var det ikke ansatt psykiatriske sykepleiere.

*Ja, det er jo en DBT-institusjon akkurat som den forrige jeg var på, og der jobber de jo etter det hierarkiet. Som der øverst er vel selvmord og selvskading, også under der husker jeg ikke, men det går nedover og, på en eller annen plass der er man på hierarkiet da. Og, de har litt begrensninger, i forhold til det, hvis man er over rømning så får man ikke lov til å bruke, eller man får ikke lov til å game. Noe som jeg mener blir veldig feil, for da tar de ifra ungdom en fritidsaktivitet og en mulighet til å kan være mindfulness og komme seg litt ut til en annen del av verden. Det blir det samme som å lese eller strikke, bare få tankene over på noe litt annet.*

Den andre ungdommen sier det slik:

*Ja, jeg har gått til BUP i 4 år, tror jeg det er og så har jeg gått DBT kurset i [x] og så har jeg flyttet ut til [x], og da jobbet dem også med det, DBT eller OEM da også, dem jobbet jo med det samme her da, men jeg synes dem er mye flinkere her, enn dem var i [x].*

Ungdommen som er referert i det siste utsagnet, ble intervjuet på to ulike tidspunkter. Første gang hadde hun bodd ved BBS i noen få uker. Siste gang hadde hun bodd ved BBS i nærmere seks måneder. Hun var svært positivt innstilt og ga uttrykk for å være svært fornøyd i det første intervjuet, som sitatet ovenfor er hentet fra. I det siste intervjuet beskrev hun imidlertid sin egen situasjon samt dialogen og samspillet med miljøpersonalet rundt behandlingsopplegget som langt mindre positivt.

Den tredje ungdomsinformanten i Bodø gir uttrykk for at hun nærmest oppfatter å bli indoktrinert:

*Jeg føler meg hjernevasket, så jeg vet ikke, jeg blir nesten litt sånn automatisert, jeg lærer, jeg liker det ikke, jeg bryr meg veldig lite om det. (...) Ja, altså noe av det jeg sa når jeg først kom hit og det var det at det var nesten en sånn religion som de skulle ha ned i hodet på meg og liksom ferdighetene og "mindfulness" det er basen på livet og du må kunne alt dette her for å holde i, "I don't know", jeg vet ikke.*

Ungdommene ved LBS kan sies å ha mindre innsikt i selve behandlingsopplegget og metodene som benyttes. De snakker ikke om OEM, og de snakker lite eller ingenting om DBT. De snakker imidlertid om noen av de samme momentene, men bruker i mindre grad begrepene som viser at ungdommene ved BBS kjenner til og benytter.

### **8.3 Varierende innsikt i behandling, mål og metoder**

På et annet tidspunkt i intervjuet vist over forteller den samme jenta at hun opplever å ha endret atferd i løpet av oppholdet. Hun gir uttrykk for at det er en positiv endring, men at hun ikke forstår eller klarer å sette ord på hvordan "de" har fått det til:

*Så før så, kanskje har det vært litt med det at jeg har hatt en viss måte å vise følelser på, så det har vært en negativ ting og det har de prøvd å få vekk, og det har dem nå egentlig fått til. (...) Helt 100 % så vet jeg ikke helt det, men dem har nå jobbet veldig mye med meg og fått meg til å skjerpe meg.*

Ut fra ungdommenes utsagn og beskrivelser framgår det at de har til dels ulik innsikt i hva behandlingen går ut på, hva den består i og hvordan den skal hjelpe dem. Ett moment som selvsagt spiller inn, er hvor lenge den enkelte ungdom har hatt opphold i institusjonen på intervju tidspunktet. Et annet moment som kan se ut til å være viktig, er ungdommenes alder og modenhet. Denne oppfatningen står imidlertid i en viss kontrast til hva de ansatte mener (jf. kapittel 6.5). Én av informantene gir uttrykk for at dette på følgende måte:

*Jeg tenker at ungdommene må kunne skjønne hva det er dem skal jobbe med, på hva på en måte DBT er, fordi det er jo det vi jobber med. Det er vanskelig på en måte å jobbe med det, hvis man ikke skjønner hva det er.*

Denne informanten, som nærmer seg myndighetsalder, synes å ha god innsikt i hva behandlingen går ut på. De informantene som er yngre, ser ut til å ha mindre innsikt i og forståelse for behandlingsopplegget. Blant annet sier en av informantene, som er relativt ung, men som har lengst botid i institusjonen, dette:

*Ja, jeg må det, nesten forholde meg til det, fordi jeg har ikke noe valg. Det er liksom hovedtingen med den institusjonen, det er liksom ferdigheter og "mindfulness" og det her "what ever" følelsesferdighet, jeg vet ikke, atferd, det var ikke helt. (...). Jeg har egentlig, jeg skjønner veldig lite av det, det tror jeg er fordi jeg bryr meg ikke, så derfor så bruker jeg det ikke, jeg får ikke til å lære om det. Så jeg ser veldig negativt på det egentlig, jeg tror det har litt med hvordan jeg har kommet hit. Hvordan det ble vist til meg, skulle jeg til å si.*

Den eldste informanten synes interessert i behandlingstilbudet og ønsker å forstå hva det går ut på. Informanten som er noen år yngre, gir direkte uttrykk for det motsatte. Med andre ord: Den enkeltes alder og modenhet kan tenkes å ha betydning for i hvilken grad ungdommen forstår og finner mening i behandlingsopplegget. Motivasjon, det vil si det å ha et ønske om å bo i institusjonene og å delta i behandlingen, er et tredje vesentlig moment. I tillegg ser det ut til at informasjon både i forkant og underveis har betydning for hvor godt de forstår behandlingsopplegget. Det ser også ut til at det er varierende fokus på BBS og LBS. På LBS beskriver ungdommene at det tar tid fra innflytting til de kommer i gang med alt, og det kan se ut til at det er en mer gradvis innføring av de ulike komponentene (som dagbøkkort).

## **8.4 Terapi**

Ungdommene gir mer eller mindre vage svar på hva terapien innbefatter, og ut fra det de formidler kan det synes som det foreligger noen forskjeller mellom de to institusjonene. Ferdighetstrening og dagbøkkort er noe som er kjent både for ungdommene i Bodø og i Lunde. Når de gjelder de øvrige komponentene i terapien er dette mindre kjent blant ungdommene ved LBS enn ved BBS. Dialektisk atferdsterapi (DBT) og omsorgs- og endringsmodellen nevnes eksplisitt av samtlige ungdomsinformanter i Bodø når de snakker om behandlingsopplegget, mens dette ikke nevnes av ungdommene ved LBS. Ut fra ungdommenes beskrivelser ser det ut til å være store ulikheter i tilnærmingen og/eller benevnelsen av de ulike komponentene ved de to ulike institusjonene. Det er særlig én av ungdommene i Bodø som gir uttrykk for å ha god oversikt og innsikt i de ulike delkomponentene i terapien som setter preg på institusjonshverdagen, og i redegjørelsen av de ulike komponentene bygges mye av informasjonen på dette intervjuet. Vi har også vist til de andre ungdommene der de har sagt noe om



det. I det følgende redegjøres det kort for de ulike terapikomponentene slik de er beskrevet av ungdommene.

#### Fokusatferd og plassering i endringshierarkiet

Behandlingsopplegget krever kartlegging og vurdering av den enkelte ungdoms situasjon. Oppmerksomheten rettes blant annet mot utfordringsbildet og det som kalles fokusatferd. Det gjøres i forbindelse med inntak/oppstartsfasen, og det foretas gjentatte evalueringer underveis i institusjonsoppholdet. Ungdommene bruker ordet "hierarki" når de beskriver sin "plassering", og gir uttrykk for at de deltar mer eller mindre aktivt i "hvor de hører hjemme" i hierarkiet. I Sjekkliste for Plan for ekstra hjelp er hierarkiet/endringshierarkiet beskrevet på følgende måte:

1. Selvmord/selvordsforsøk
2. Selvskading
3. Rømming
4. Aggresjon
5. Annen atferd og handlinger som reduserer livskvaliteten og som også hindrer normal drift av institusjonen og behandlingsforløpet. Eks. isolering, rus, vagabondering, tilfeldig seksuell kontakt, skolefravær og overdreven bruk av sosiale medier

Under botiden arbeides det aktivt med ungdommens motivasjon og forpliktelser, og man har både kortsiktige og langsiktige mål om at behandlingsopplegget skal bidra til å begrense og endre ungdommens fokusatferd, blant annet gjennom øving på ferdigheter. Utvikling i saken evalueres i Periodeplan OEM minimum en gang i måneden. Et eget punkt i denne er "Fokusatferd og plassering i endringshierarkiet". Ungdommene ved LBS nevner ikke et slikt hierarki, men en av ungdommenes sier at det jobbes med fokusatferd.

#### Ferdighetsgrupper (ukentlig ved BBS og to ganger per uke ved LBS)

Ungdommene lærer ferdigheter som mindfulness (oppmerksomt nærvær), følelsesregulering og mellommenneskelige ferdigheter for å møte og mestre utfordringer relatert til blant annet sterke følelsesmessige svingninger. Ungdommen ved BBS snakker om "Hold ut"-tema, STOP og ferdigheten "TIP og akseptere" beskrives også som en del av ferdighetene.

TIP handler om å stimulere sansene – det kan være en pusteteknikk eller at man tar kaldt vann i ansiktet, trener intenst og kjenner avslapning i kroppen. Det er altså en ferdighet til bruk for å regulere seg ned og å senke pusten. STOP handler om å stoppe opp og å ta seg tid til å tenke før man handler. Flere av ungdommene liker ferdighetstreningen og opplever den som til dels nyttig. Her forteller to av ungdommene noe om dette. Den eldste av dem forteller nokså detaljert om hva ferdigheten går ut på:

*Ja, vi har ferdighetsgruppe på tirsdager og da er det sånn, vi bruker å sitte her da, sånn at to som er på jobb og som skal ha denne gruppen, så jobber med dem. Så sitter vi en time og lærer ferdigheter og diskuterer ferdigheter og går igjennom lekser fra forrige gang og sånn. (...) Jeg synes dem er ganske flinke på ferdigheter. (...). Det finnes ganske mange forskjellige ferdigheter innenfor hver sånn inndeling på en måte. Sånn som vi har "Hold ut"-tema på en måte, innenfor der så kommer jo liksom ferdigheter sånn som "TIP og akseptere" og sånn der. En sånn ferdighet for å lære seg og*

*regulere seg ned, senker pusten og bare. (...). Pusteteknikk eller at man kan ta kaldt vann i ansiktet, trene intenst, avslapning i kroppen, sånn som det der.*

Den yngste, som har bodd i institusjonen i over ett år, er kortfattet og gir uttrykk for at hun synes det er vanskelig å sette ord på hva de driver med:

*(...) ferdighetsgruppene da prater vi om de forskjellige ferdighetene som å be om noe og alt dette der. (...). Mindfulness det har noe med de her ferdighetene de holder på å lære oss, så det er nå veldig kjedelig.*

Ungdommene ved LBS beskriver at de synes ferdighetstreningene er ok, men ei av dem sier hun ikke har vært med på så mange (bodd der siden august). Hun synes det er vanskelig å beskrive hva innholdet er. Hun som har bodd der lengre, beskriver hva innholdet er og hva de fokuserer på, men er usikker på om hun tar i bruk ferdighetene utenom ferdighetstreningene.

#### Ettermiddagstreff (daglig)

Ved BBS har de ettermiddagstreff hver dag. Noen av treffene kan også gjennomføres på formiddagen etter frokost, ifølge ungdommene. "Mindfulness", "observasjoner", "dømminger" og "humør-sekk" er temaer eller fokusområder som nevnes for å beskrive treffene nærmere. Det framgår at de bruker mye tid på å gjennomføre øvelser. Flere av dem handler om å øve på oppmerksomt nærvær, å observere og å konsentrere seg:

*Vi møtes, de voksne og ungdommene, og så har vi en mindfulness-øvelse, og så går vi igjennom om vi hadde noen observasjoner eller om vi hadde noen dømminger. (...) Om vi dømte noen eller om vi dømte oss selv eller, sånn som det der, og så har vi en humør-sekk, hvor du skal fortelle hvordan humør vi er på, på en skala fra en til ti. Så går vi gjennom hvem som føler noe, eller om det er noen beskjeder til alle ungdommene og sånn der.*

"Snap, crackle, pop" og "Klappeleken på bordet" er eksempler på øvelser hvor det gjelder å konsentrere seg og være til stede i nået. "Snap, crackle, pop" beskrives nærmere på følgende måte:

*Det er liksom sånn, vi står i en ring og så hvis jeg sender deg, sier sånn "Snap" mot høyre, og så gjør jeg sånn og sender den til noen andre og de sier sånn "Crackle", så sendes den mot høyre, og hvis man gjør sånn "Pop", så gis den bort til en annen person i ringen liksom. (...). Man må være veldig "mindful" og vi kan ikke stå å tenke på andre ting, man må følge veldig godt med på hva de andre gjør. Så hvis man ikke følger med på det og bare ikke vet hvor vi er eller at du sender feil til noen, så er du på en måte ute. Så det er litt sånn konkurransepreg da. (...) Ja, jeg synes det er hyggelig å være med på det. Det er ganske artig.*

Ungdommen som siteres ovenfor, forteller at hun liker øvelsene, og hun bruker ord som "hyggelig" og "artig" når hun beskriver aktivitetene som gjennomføres på ettermiddagstreffene. Ut fra intervjuene med ungdommene på LBS ser vi ikke at det gjennomføres ettermiddagstreff på samme måte. De spiser middag sammen, men det beskrives ikke som faste treff og det kommer heller ikke fram at det gjennomføres øvelser slik som ved BBS.

### Utviklingssamtaler (ukentlig)

Dette er individuelle samtaler som ungdommene har med to ansatte én gang i uka. Som regel er samtalen med noen av de voksne som er i det teamet ungdommen "tilhører". Ifølge ungdommene handler disse samtaler om hvor man er i prosessen, hvordan uka har vært, og man gjennomgår gjerne dagbokkortene. Utviklingssamtalen varer i om lag en time. Også dette gjennomføres i hovedsak ved BBS. En av ungdommene ved LBS beskriver at hun hadde slike samtaler i starten, men at de sluttet med dette når psykologen ble ansatt.

### Dagbokkort (daglig eller to ganger per dag) (se også kapittel 7)

Ved BBS beskriver ungdommene at dagbokkortene må fylles ut hver kveld sammen med en voksen. Ved LBS fylles disse ut to ganger daglig, dag og kveld,<sup>10</sup> men ungdommene beskriver at de velger tidspunkt selv. Dagbokkortene omhandler blant annet ungdommenes vurdering av egen fokusatferd i det daglige. Eksempelvis kan fokusatferd 1 være "selvskading", mens fokusatferd 2 er "isolering". I dagbokkortene skal ungdommene krysse av for tanker om fokusatferder, ønske/trang til å gjøre fokusatferder, om hun/han har gjort dem og om hun/han har sagt ifra til en voksen om tanker, trang/ønsker, handlinger. En av ungdommene ved LBS sier følgende når hun skal forklare hva de skal fylle ut i dagbokkortene:

*Det er liksom ... Hva er det det heter? Det er for eksempel så står det; har du lyst til å avslutte behandlingen, fra 1 til 10. Også er det sånn, så står det sånn der, så går man videre, også er det en type atferd på en måte, noe man sliter med, også er det sånn så står det hvor mye har du tenkt på den atferden fra 1 til 10? Også er det har du gjennomført det? Har du brukt ferdighetene dine? Og sånn er det liksom ... Det er litt vanskelig å forklare fordi jeg har ikke gjort det så mye liksom, men.*

Ungdommene gir uttrykk for at de ikke liker dagbokkortene så godt. De synes det er krevende å fylle dem ut hver kveld før de legger seg, og de forstår ikke nødvendigvis nytten av kortene. Her er ett av flere utsagn som sier noe om dette:

*Jeg gjør det på kvelden og går gjennom dagen, og så på baksiden av arket så står det liksom en sånn rekke med ferdigheter som man kanskje har brukt gjennom dagen. Det er så mange og jeg gidder ikke, så det har jeg ikke skrevet ned, på lenge. (...). Jeg har nektet å skrive under på det, fordi jeg ser ikke hvordan det skal være så veldig viktig i forhold til det andre jeg skriver. Så da skriver jeg bare ned på den ene siden om liksom har jeg hatt trang til å skade meg selv, for eksempel, eller har jeg blitt med på ettermiddagstreff og måltider, har jeg vært med på ferdighetsgrupper og utviklingssamtale, hvordan har humøret mitt vært i dag og bla, bla, og sånt. (...). Det er veldig slitsomt.*

Ungdommen gir uttrykk for at hun synes det er mye å fylle ut om seg selv hver eneste dag, og at hun har valgt å se bort fra den siden av kortet hvor hun skal skrive om anvendelse av ferdigheter. Hun gir også uttrykk for at hun ikke ser nytten ved å fylle ut alt, og hun synes at seansen med dagbokkort er krevende. Det samme gir en av ungdommene ved LBS uttrykk for, og hun beskriver at hun ikke liker å tenke på problemene sine, og helst vil skyve det vekk. Når hun må fylle ut dagbokkortet blir hun "på en måte tvunget til å tenke på alt det vonde".

---

<sup>10</sup> En av ungdommene ved LBS har ikke kommet i gang med dagbokkort ennå.

Ut ifra det ungdommene forteller, oppleves det til dels belastende å måtte evaluere seg selv, sine tanker og egen opptreden overfor en voksen ansatt hver eneste dag. Det er også verdt å merke seg at tidspunktet for utfylling av dagbokkortene som er rett før leggetid ved BBS. Det er mulig å tenke seg at en slik gjennomgang til tider kan medføre både stress og vanskelige tanker både i situasjonen og i etterkant, og at dette i så måte ikke er et velegnet tidspunkt for utfylling av dagbokkort.

#### Atferdskjedeanalyse (situasjonsbetinget)

Ifølge ungdommene gjennomføres det en "atferdskjedeanalyse" (AKA) enten når en har brukt fokusatferd, eller når de har klart å bruke en ferdighet, slik at de unngikk å bruke fokusatferden. AKA brukes når ungdommen har brukt fokusatferd, mens "suksess-AKA" (benevnes kun av ungdommene ved BBS) brukes når ungdommen har brukt ferdigheter i stedet for fokusatferd. AKA beskrives som en samtale mellom ungdommen og en voksen ansatt, som er tenkt å bidra til å finne ut hva som skjedde og dermed virke bevisstgjørende:

*Enten når vi har brukt fokusatferden vår eller når vi har klart å bruke ferdighetene for å ikke gjøre det. Så vi har på en måte AKA som er når vi har brukt den, så har vi suksess-AKA. (...). Så kan man på en måte se tilbake på "hva gjorde jeg da som gjorde at jeg ikke brukte fokusadferden min?", eller "hva var det som skjedde da som gjorde at jeg brukte den?" og på en måte kjenne det igjen. (...). Det er jo når vi bruker fokusatferden vår, at vi må snakke om hva som skjedde og hva som var triggere og sånn der, hva som på en måte gjorde at vi brukte fokusadferden vår.*

*Ja, eller en atferdsanalyse kan man for eksempel også gjøre hvis man har, ja, hvis noen har stukket av da. Så må de gjennomføre en sånn analyse på hva var triggeren, hva var det som utløste det, hva var konsekvensen av det ... Man går liksom igjennom alt det som skjedde og snakket om det.*

Ungdommen beskriver at de forsøker å nøste opp i hva som skjedde når hun i en spesifikk situasjon enten brukte fokusatferd eller lyktes med å bruke en ferdighet slik at hun unngikk dette. Hva skjedde i forkant av hendelsen, hva skjedde underveis i prosessen og i etterkant. Analysen beskrives nærmest som et verktøy for læring.

#### Pogs og verdikort (situasjonsbetinget)

Pogs betyr at ungdommene får forsterkninger – en form for belønning eller premiering – når de gjør noe bra. Man kan for eksempel få pogs for å bruke ferdigheter, gå på skolen og ved å si ifra når noe er vanskelig. Pogsene kan veksles inn i penger. Én pogs gir fem kroner. Verdikort kan være en pengepremie på 50 kroner som miljøpersonalet vurderer at ungdommen har gjort seg fortjent til. Her svarer én av informantene på spørsmål som omhandler pogs og verdikort:

*"Pogs" ja, det er sånne her runde plastikkbiter som, jeg har ikke noen med meg sånn at jeg kan vise deg, men det er litt sånn, du har forskjellige farger til hver ungdom (...). En pog det er 5 kroner, og hvis du har to pogs, så blir det 10 kroner, og så skal halvparten av de pogsene inn på sparebanken eller pogs-banken. Så da får du halvparten av de pengene ut når du leverer inn pogs, og så har du verdikort som er sånn 50 kroner, og da får du alt, da trengs det ikke å bli satt inn halvparten, med mindre du ikke spør om det. (...). Ja, vi får det som belønning, som om jeg blir med på ferdighets-*

*gruppe, så får jeg så, så mange pogs, jeg vet ikke hvor mange jeg får. Jeg mener du får verdikort, jeg er ikke helt sikker, men hvis jeg leverer inn telefon og nettbrett på kvelden, så får jeg 10–15 kroner, nei 10–15 pogs.*

Pogs er en del av belønningssystemet ved BBS. Ungdommene får ikke utdelt penger, men de kan veksle pogs-ene inn i penger på et senere tidspunkt. Det synes også å ligge et sparesystem innbakt systemet. Ungdommene ved LBS forteller at de får belønning/forsterkning i form av penger. De er ikke kjent med pogs-systemet.

#### Plan for ekstra hjelp (situasjonsbetinget)

"Plan for ekstra hjelp" (PFEH) er et skjema som en voksen fyller ut sammen med ungdommen i etterkant av en uønsket hendelse, for eksempel selvskading eller utagering. Det er egne felt hvor ungdommen selv kan fylle ut og komme med sine synspunkter og kommentarer, men som nevnt i kapittel 7, har vi ikke sett eksempler på at noen ungdommer faktisk har fylt ut i skjemaet. Det betyr ikke at det ikke har skjedd. Igangsetting av PFEH kan for eksempel innebære at ungdommen må si seg enig i å motta ekstra hjelp for å trene på ferdigheter for å regulere vanskelige emosjoner over en periode, at miljøpersonalet gjennomfører romransakelse for å konfiskere farlige gjenstander og at ungdommen ikke får utbetalt pogs over en viss periode. PFEH innebærer ofte flere begrensninger for ungdommen:

*Plan for ekstra hjelp og det er på en måte sånn at man skal ta AKA på det som skjedde og ja, dem ransaker rommet og sånn bare for å finne ut på en måte hva man har skadet seg med og sånn der, og så er det sånn, har man en periode der man har samtaler for å lære ferdigheter og sånn der, på en måte å finne ferdigheter man kan bruke. Det er det eneste som jeg følte var på en måte, kanskje ikke en straff, men jeg synes det var veldig kjedelig. (...) Jeg syntes det føltes ut som en straff i (...), fordi da var dem sånn, jeg fikk ikke lov til å gå ut alene, fordi dem sa "Jeg ikke gå på butikken alene", men så fikk jeg heller ikke lov til å gå med personalet, "fordi det skulle være en belønning". Så det var litt sånn der, hva skal jeg gjøre.*

I redegjørelsen for PFEH ser vi at ungdommen ikke oppfatter tiltakene som "ekstra hjelp", men derimot mer i retning av straff. Ut fra hennes beskrivelse synes ikke PFEH å være basert på medvirkning fra ungdommens side, men mer på krav og begrensninger som gjelder i en tid framover som de voksne bestemmer. Dermed oppleves trolig tiltakene mer som straff enn som ekstra hjelp. PFEH nevnes ikke av ungdommene ved LBS.

#### Individualterapi

Ungdommene får tilbud om samtaler med psykologer, som altså har vært ansatt siden juni og august 2019. Psykologene er mer til stede i institusjonsmiljøet i Bodø enn de er på Lunde. To av de tre informantene i Bodø forteller at de gjennomfører en individuell samtale med psykolog én time i uka. Den tredje informanten har ikke kommet i gang med slike samtaler. Ungdommene ved LBS forteller at det er samtaler med psykologen to ganger per uke, men at det er litt opp til dem selv om de vil eller ikke.

*Jeg har to ganger i uken, hvis jeg liksom ikke føler for å snakke med han, så jeg blir jo ikke tvunget til det, men de vil jo at jeg skal snakke med han da. Men av og til så er det jo ikke alltid man føler for det, men jeg pleier som regel å være sammen med han to ganger i uka.*

Ungdommene som har ukentlige samtaler med psykolog, gir uttrykk for at de selv er med på å bestemme antall samtaler i uka. Psykologen har informert dem om at de må si fra dersom de har behov for hyppigere samtaler. Ungdommene beskriver samtaler som lite styrt av psykologen, og at de selv kan bringe opp temaer de ønsker å snakke om. Ungdommene ved BBS gir uttrykk for at det er greit å ha noen å lufte tanker med utenom det øvrige miljøpersonalet, og at de så langt erfarer at det kanskje kan komme noe positivt ut av denne delen av behandlingen:

*(...) altså jeg har brukt dem til å prate om traumer og sånt og få hjelp med å forstå traumer og hvorfor jeg reagerer på visse måter og bla, bla, bla, og så langt så har jeg nå kommet meg langt egentlig. Jeg vet ikke om det er fordi at jeg har pratet med dem, eller om det er fordi jeg har jobbet med det selv, men jeg har kommet langt. (...) Jeg prater nå om ting som er vanskelig, som jeg kanskje ikke er komfortabel med å prate om med andre folk på huset.*

Også ungdommene ved LBS beskriver at det er greit å snakke med psykologen, men de ser i mindre grad at samtaler med psykolog er veldig annerledes.

Ungdommene forteller også noe om sine tidligere erfaringer med psykologer og terapeuter og hvordan samtalerapi ofte i liten grad har vært til hjelp og støtte, eller virket i varierende grad:

*Jeg har vært hos BUP, men jeg tror ikke det har hjulpet så mye, fordi jeg, en ting er det at jeg kan ikke, jeg husker veldig lite av det, og så når jeg var mindre, så var jeg ikke noe særlig glad i BUP av en eller annen grunn, så nei, jeg kan ikke huske noe. Jeg har vært hos BUP mye, men jeg kan ikke huske noe.*

*Jeg har ikke fått så mye ut av det. Det har vært greit å ha noen man kan gå og snakke med, men føler ikke at det hjalp meg så mye.*

Flere av ungdommene snakker om at "måten psykologen er på" har mye å si for hvordan de opplever samtaler. Flere ungdommer framhever bruk av humor som et viktig element. Samtalerapi over tid kan oppleves som mer belastende enn gunstig dersom psykologen ikke ser betydningen av å bringe inn momenter av latter og humor i terapitimene.

## **8.5 Omsorg**

Ungdom på BBS gir uttrykk for at de tviler på at alle de voksne i miljøet bryr seg om dem. Det er de voksnes væremåter som danner grunnlag for disse vurderingene. De voksnes handlinger og utsagn tolkes ikke nødvendigvis som omsorg. Her er et par utsagn som forteller noe om hvordan og hvorfor ungdommene opplever dette:

*På den forrige institusjonen min, hvis det var situasjoner der noen hadde selvskader og sånn, så satt de seg sammen med oss, og hjalp dem med å sette på plaster og rense sår og sånn, og dro til legevakta hvis det trengtes. Så satt de seg ned og snakka oss bort til hvordan det går, og hvorfor jeg gjorde dette. Mens her så legger de bare inn et plaster og sier "du får fikse det selv", og så går de. Det blir ikke noen samtale om "hvorfor gjorde du dette?" eller "går det bra?" eller. Det, de, ja. Jeg vet ikke, jeg føler meg ikke så veldig trygg her, for det virker ikke som de bryr seg så mye.*

*(...) jeg føler ikke at jeg får nok oppmerksomhet hvis det kan gi mening, og det kan bli litt vanskelig for meg. (...) jeg mener det er litt både og, men de spør sjeldent liksom*

*hvordan har du det, går det bra? Da er det nesten ungdommene som spør mest til hverandre liksom, går det bra og alt sånn der og det føler jeg at de voksne skal si oftere, eller spørre om oftere.*

*Fordi, ja, det er helt annerledes enn andre institusjoner jeg har vært på, de syns ikke de imøtekommer ungdommene så veldig bra. Og de viser ikke så veldig mye omsorg. (...). Jeg tror ikke det har så mye med personene å gjøre, men mer måten de jobber på.*

Ifølge ungdommene som siteres ovenfor, handler omsorg om å oppleve å bli sett, at de voksne er oppmerksomme overfor den enkelte, at de spør og er interessert i å høre hvordan ungdommen har det, at de kan pleie og hjelpe ungdommen i vanskelige situasjoner og i så måte bidrar til opplevd trygghet. Når ungdommene sier at de savner dette eller skulle ønske å oppleve mer av det i hverdagen, retter de framfor alt kritikk mot måten de voksne jobber på eller at det kan virke som de ikke har tid. De retter ikke kritikk mot den enkelte voksne som person.

To av ungdommene ved BBS sier at de har etablert gode relasjoner med enkelte voksne i miljøet. De gir uttrykk for at det er viktig for dem både å oppleve å bli likt av de voksne og å selv like noen av de voksne. Å bli gitt positiv oppmerksomhet i det daglige betyr mye for dem. I denne forbindelse bemerker de at enkelte perioder i institusjonen kan være vanskeligere enn andre, fordi de opplever at de voksne av og til ikke "prioriterer" eller har tid til dem. De oppfatter eksempelvis at de voksne i miljøet velger å rette spesiell oppmerksomhet mot én enkelt ungdom i gitte situasjoner og/eller perioder, noe som får betydning for deres egen kontakt med de samme voksne. I slike perioder opplever de å bli sett og hørt i mindre grad enn ellers; de "når ikke fram" overfor de voksne som er i miljøet.

Det kan være at oppmerksomheten som rettes mot terapi og behandling i det nye institusjons-tilbudet skyver omsorgsfokuset noe til side. Dersom "tradisjonell" omsorgstenkning kommer i annen rekke, vil omsorgen mest sannsynlig framstå som utydelig for ungdommene. Denne utydeligheten kan bidra til opplevd utrygghet, usikkerhet eller tvil blant ungdommene.

Å bo i barneverninstitusjon innebærer å måtte forholde seg til mange voksne i det daglige i tillegg til de andre ungdommene. Ungdommene på LBS gir direkte uttrykk for at de opplever at det er for mange ansatte på institusjonen.

*Nja, det var veldig uvant at det var så mange som jobbet her, fordi den forrige institusjonen så var det liksom bare seks ansatte, og da jobbet de liksom fra mandag til torsdag to og to. Men her er det jo helt annerledes turnus, så det er veldig mange folk. Så det er veldig uvant.*

*Og så skulle jeg ønske at det ikke var så mange folk å forholde seg til, fordi det er veldig, veldig mange folk.*

Begge ungdommene gir uttrykk for at dette oppleves utrygt og ubehagelig. Samtidig sier en av ungdommene at det kan være greit også, fordi det alltid er noen der som hun liker. Ungdommene ved LBS beskriver samtidig en god relasjon til flere av dem som jobber på institusjonen, og de opplever ansatte de kjenner og har en relasjon til som støttende. En av ungdommene sier at hun føler at de ansatte bryr seg mer enn på andre institusjoner hun har vært. Ingen av de tre

ungdomsinformantene ved BBS omtaler hverandre som venner. De forteller at de omgås hverandre i det daglige fordi de bor sammen og fordi de må møte hverandre i forbindelse med ulike daglige strukturer. Utover dette gir de uttrykk for å ha lite med hverandre å gjøre. En av dem beskriver forholdet til de andre ungdommene på følgende måte:

*Vi bruker nå å prate med hverandre når vi er der nede eller hvis vi har noe sånn felles greier, så bruker vi å prate til hverandre, men jeg har ikke sånn kjempegodt forhold til de andre ungdommene. (...) Etter at jeg har flyttet hit, så har jeg ikke hatt noen venner, jeg hadde noen gamle venner på den gamle skolen, men jeg har ikke hatt kontakt med dem siden, ja, 2015, så da har ikke jeg turt og ta kontakt heller, så nei, jeg har ingen venner.*

Denne ungdommen har bodd ved BBS i over ett år og hun oppfatter å være venneløs. Hun har ingen venner verken i institusjonen eller utenfor, i nærområdet. Jenta forteller at hun stort sett ikke går på skolen. Omgangskretsen blir dermed svært begrenset. Det er noen av de voksne i institusjonsmiljøet som betyr mest for henne i det daglige. Ut fra situasjonen slik ungdommen beskriver den, kan man tenke seg at omsorgen som de voksne i institusjonen evner å utøve, blir grunnleggende viktig for denne jenta.

Også her ser vi ulikheter mellom institusjonene. En av ungdommene ved LBS beskriver at de er på besøk på rommene til hverandre og at hun en periode var mye sammen med en av de andre ungdommene. Hun beskriver at de fortsatt er venner, men at alle er opptatt på hver sin kant og at de derfor ikke er så mye sammen. Hun forteller også at hun synes det kan være utfordrende å bo sammen med andre ungdommer. En av ungdommene forteller at hun synes det var enklere å bo i enetiltak, fordi hun slapp "å ha så mange ungdommer å forholde seg til".

*Og hvis noen har det vanskelig en kveld for eksempel, og blir litt høylytte, så syns jeg det er veldig vanskelig på grunn av ting jeg har opplevd tidligere, for jeg blir veldig redd. Så det er mest sånne ting som er vanskelig med å bo med andre.*

## **8.6 Strukturer og begrensninger**

Ungdommene i Bodø forteller at de forholder seg til "strukturer" i hverdagen. Strukturene gjelder for alle som bor i institusjonen og kan eksempelvis være måltider, skoletid, ferdighetsgrupper og leggetid. Strukturene er knyttet til bestemte tidspunkter, og ifølge ungdommene er det vanlig at institusjonen stenger internett i forbindelse med disse. Ungdommene ved LBS forteller også at det er noen regler, men da først og fremst knyttet til innetid. Ved LBS stenges internett kun på natta i ukedagene. I Bodø iverksettes det også begrensninger som ungdommene gir uttrykk for at de ikke alltid er enige i eller forstår hensikten med. De opplever at begrensningene er mange, særlig i starten av botiden, men også underveis. Flere ulike utsagn viser at ungdommene oppfatter at begrensningene brukes som verktøy for å tvinge dem til å tenke og handle slik de voksne ønsker:

*Og, derfor så bruker de jo sårbarhetene mine til å tvinge meg til å ta imot eksempel i forrige uke så tok de ifra meg mobilen min, eller for to uker siden, og sa at jeg får ikke den tilbake før jeg begynner å samarbeide med dem, og det har jeg sagt før jeg kom hit, at jeg ikke er villig til å samarbeide. Jeg har ikke lyst til å være her, men de holdt på den helt til jeg begynte å samarbeide, da, og eller helt til de mente at jeg begynte å samarbeide.*



*Ja, det bruker å være konsekvenser, enten så skrur de av nettet for resten av dagen, helt til de får snakket om hvorfor du ikke var med, alt sånn der, og så hvis jeg nekter det, så får ikke jeg med meg, hvis jeg har lyst til å gå meg en tur med en ansatt, så får ikke jeg lov til det. Hvis jeg har lyst til å gå på kino med en ansatt, så får ikke jeg lov til det.*

*Det kan være at jeg ikke får gå ut alene, eller at de [tenker], ehh, jeg bruker å si at de misbruker veldig svakhetene mine. For eksempel hvis de vet at jeg er avhengig av mobilen min, så kan de si at hvis du ikke møter opp på dette møtet, så får du ikke lov til å ha mobilen din. Som gjør meg veldig irritert, for i utgangspunktet så hadde jeg ikke tenkt å unngå det møtet.*

Ifølge ungdommene handler begrensningene om alt fra det å ikke få tilgang på internett, å bli fratatt mobil og iPad eller andre personlige eiendeler (som Xbox og høyttaler) og måtte levere inn pogs uten å få penger for disse, til å bli nektet å bevege seg fritt utenfor institusjonen eller å bli nektet adgang til kjøkkenet utenom de faste måltidene. Ungdommene omtaler den sist nevnte begrensningen som "å være på nivå 2".<sup>11</sup> De gir uttrykk for at de opplever dette som unormalt, uvanlig strengt og veldig lite likt et hjem.

*Ja, jeg tenker generelt sett ja, men selvfølgelig ikke når vi er på nivå 2 og kjøkkendøra er låst og vi må spise med papp og plast. Da er det litt sånn "Shit, det er ikke et hjem" (...).*

*Vi har vært på nivå 2 en stund nå. (...). Så en ting er det at kjøkkenet er låst. (...) så da må jeg, hvis du skal inn dit og ordne deg noe å drikke, så må en ansatt komme og låse opp for deg, og så må vi spise med plastikk. (...) Sånn plastikkbestikk, plastikkopp. (...) Jeg mener det var fordi at hvis en ungdom blir sint og kaster en tallerken, så kommer det til å gjøre mye mer skade enn hvis man kaster plastikk eller noe sånt. Jeg er ikke helt sikker.*

I intervjuene framgår det også at ungdommene ikke nødvendigvis forstår og/eller er informert om hvorfor kjøkkenet er stengt utenom de faste måltidene. Det kan bidra til å skape utrygghet, en følelse av at man ikke "hører til" og at dette er et sted/et hus hvor det ikke er meningen at man skal kunne føle seg "hjemme".

Ved LBS snakker ikke ungdommene om konsekvenser og begrensninger, og de uttrykker ikke noen misnøye knyttet til regler ved institusjonen. En av ungdommene forteller at de får belønning for å delta på ulike ting i løpet av uka.

*Man får 50 kroner da når man møter opp på sånne ting (...) Ja, så det er jo lurt å møte opp på sånn type husmøte, ferdighetstrening og sånn psykolog fordi da tjener man 50 kroner per ting. Ja, også er det jo romvask 100, og 50 kroner fast. Så det er sånn 400 til sammen man kan tjene.*

---

<sup>11</sup> I "Plan for ekstra hjelp" (PFEH) beskrives "nivå 2" som et risikovurderingsnivå. Når risikovurderingen viser "nivå 2", stenges kjøkkenet for alle ungdommer utenom de faste måltidene, og ingen får lov til å bruke knuselige kopper og tallerkener.

## 8.7 Medvirkning

Ungdommene svarer noe ulikt på spørsmål som gjelder medvirkning, det vil si om de opplever å bli hørt, tatt med i dialog og får være med å bestemme i det daglige. Én ungdom, som på intervjutidspunktet har bodd i institusjonen i fem uker, opplever å ha lite eller ingen mulighet til å påvirke hverdagen sin. Det meste handler om begrensninger, at han ikke får ta egne valg og at han blir fratatt eiendeler. Ungdommen gir også klart uttrykk for at han selv ikke ønsket å flytte til BBS, og at han ikke er motivert til å ta imot behandling. Her forteller han litt om hvordan han opplever hverdagen sin nå:

*(...) man bare ligger i senga og får ikke så mye omsorg, og man får ikke lov til å gjøre så veldig mye av det man har lyst til, for de setter veldig mye krav da. Så man får ikke bestemme så mye over sitt eget liv, og jeg synes det er veldig dårlig måte å behandle ungdommer på generelt, særlig de som er i min alder, 17, som ønsker å ha litt ansvar over sitt eget liv, og som snart er 18, det blir jo en veldig overgang å skulle gå fra at jeg ikke skal ha lov til å gjøre noe fordi alle skal bestemme over meg til at jeg skal ha med meg selv å gjøre. (...) Jeg har min egen skjerm og PlayStation som jeg kjøpte og hadde på den forrige institusjonen, men det får jeg ikke lov til å ha på rommet mitt her, noe som jeg også synes er veldig rart. Fordi for veldig mange så er det en distraksjon fra vanskelige tanker.*

Ungdommen gir uttrykk for at han opplever at de voksne forsøker å styre atferd ved å kreve, presse, tvinge og begrense, i stedet for bare å spørre:

*Så istedenfor å spørre, så er de veldig sånn, du må gjøre ditt og datt hvis ikke får du ikke lov til det og det. Og det føler jeg jo blir veldig maktmisbruk, for da blir det en veldig sånn kamp at de skal alltid vinne. For de har makta over å si hva jeg skal gjøre, for at jeg kan få det jeg vil ha.*

En annen ungdom som bor i samme institusjon og som blir intervjuet på samme tidspunkt, det vil si etter fem ukers botid, opplever stor grad av medvirkning. Medvirkningen gjelder særlig det å bli tatt med i dialog – at det er rom for å drøfte og diskutere i det daglige og at de voksne lytter:

*Det er også noen ting som jeg synes er bra med å være her, dem er villig til å diskutere ting. Sånn i [x] så var det noen ganger, så ville jeg diskutere ting som jeg var uenig i, så sier dem sånn "Nei, men sånn er det og sånn blir det", men her så er dem mer åpen for å diskutere ting hvis vi er uenige (...) For eksempel det med innetid, så var det sånn tidene bestemte dem når jeg kom hit, men så har dem vært litt sånn at hvis det er noe, så sier du fra og så diskuterer vi, sånn er det med internett, med innetid, hva jeg får pogs for.*

I tillegg gjelder medvirkningen, ifølge ungdommen, mer konkrete ting som for eksempel å være med på å planlegge og bestemme de ukentlige middagsmenyene. Det kan bemerkes at denne ungdommen selv ønsket å flytte inn i det nye institusjonstilbudet; det lå med andre ord en motivasjon til grunn for opphold og behandling. Samme ungdom intervjues imidlertid på nytt om lag fire måneder senere. På dette tidspunktet opplever hun mindre grad av med-

virkning i eget liv. Det er særlig knyttet til en opplevelse av ikke å bli hørt og trodd av miljøpersonalet når de har samtaler om ungdommens utfordringsbilde:

*Jeg vet ikke, men jeg får litt sånn at dem ikke tar meg på alvor, fordi det er sånn jeg snakket også om andre ting som også er vanskelig for meg, så sier den personen som har samtalen at "Det er jo ikke, jeg har nå sett og observert deg og du viser ingen tegn til det liksom".*

Informanten gir uttrykk for å streve med vanskelige tanker i det daglige, men disse tankene har ikke "slått ut i" handlinger (fokusatferd). Ifølge ungdommen oppfatter miljøpersonalet utfordringene som utydelige og lite seriøse i og med at de ikke kan observere en fokusatferd som samstemmer med tankene:

*(...), så sa dem sånn "Ja, nei du er ikke der fordi at, du viser ikke handlingen", og så var jeg litt sånn "Ja, men man kan jo slite selv om man ikke gjør det". (...) Det samme er det nå, så kommer dem og, det her var før sommer da, eller i sommerferien at jeg fortalte dem at det var vanskelig med tvangstanker, og så sier den ansatte til meg at "Det er jo ikke noe vi ser at er vanskelig, det er ingen tegn til det", og nå kommer de "Å herregud hvor tørr du er på hendene".*

Ungdommen opplever at hun ikke blir forstått og trodd i hverdagen når hun forteller om utfordringer som gjelder den psykiske helsen. De voksne tar ikke hennes verbale utsagn om egne tanker og tvangstanker på alvor i og med at hun ikke viser dem i handling. Dermed opplever jenta at hun på dette området ikke har innflytelse i eget liv. Fra å ha vært svært fornøyd med mulighetene til å medvirke i eget liv i starten av botiden ved BBS, oppfatter hun nå, flere måneder senere, at hun ikke når fram. Ved LBS beskriver ungdommene medvirkning på en del områder, men ikke på andre. For eksempel beskriver en av ungdommene at hun har vært med å bestemme når hun skal vekkes og hva som skal være fokusatferden. Hun beskriver samtidig at de ansatte ikke alltid hører på dem og at regler noen ganger blir bestemt over hodet på dem. Hun sier også at de ikke får lov til å være med å bestemme hva de skal ha til middag, selv om det er sagt at de skal få være med på dette. Hun beskriver at de sier ifra og kan ta opp sånt på det ukentlige husmøtet, og sier at de av og til hører på dem og av og til ikke.

## **8.8 Skole og andre arenaer**

Skolesituasjonen til ungdommene ved BBS varierer i omfang, men alle ungdommene har skoletilbud tilknyttet sykehuset. Opplæringstilbudet synes å være svært begrenset sammenliknet med det som gis i normalskolen. Skoledagen er fra klokken 09.00 til klokken 12.00 for ungdommene ved BBS, og den ungdommen ved LBS som går på skole, har undervisnings-tilbud tre timer tre dager i uka. To av ungdommene ved BBS forteller at de sliter med å stå opp og komme seg av gårde til skolen. Skolenærværet er derfor begrenset.

*Ehh, nei jeg går ikke på skole. (...), men jeg tror de skjønner ganske godt hvor jeg ligger i forhold til det. At jeg ser ikke noe poeng med det nå. (...) planen min var å gå førsteåret elektro og andreåret lyd, lys og sceneteknikk. Fordi jeg jobbet en del med festivaler og sånt. Eller jeg gjorde det før. Så det var vel planen. Men ikke nå lenger. (...) Nei, jeg ser ikke helt poenget med å jobbe for det nei.*

*Men jeg plages fortsatt med å gå på skolen, så jeg var ikke på skolen i dag. (...) Det er sjelden jeg klarer å gå tre dager på skolen i uken. (...) Men det er en sånn skole hvor barn fra forskjellige enheter skulle jeg til å si, går på den skolen, men jeg går fast på denne institusjonen og går fast der, mens de andre ungdommene, de kommer og de går, så jeg blir ikke kjent med de heller.*

Den tredje ungdommen ved BBS har høyt skolenærvær. Vedkommende startet i klassen tilknyttet sykehuset på det tidspunktet hun/han flyttet inn i institusjonen, som var et par måneder før sommerferien. Ungdommen ønsket selv å starte i normalskolen, men av ulike grunner ble det ikke slik. Høsten 2019 startet hun/han imidlertid opp i vanlig klasse på videregående og gir uttrykk for å være fornøyd med dette så langt. Den ene ungdommen ved LBS er for tiden alene med en lærer og sier at hun synes skoletilbudet er bedre enn vanlig skole. Den andre ungdommen går ikke på skole, men deltar på ridning.

### **8.9 Botid og plan for utflytting**

På intervjudidspunktene vet ikke ungdommene, verken ved BBS eller LBS, hvor lenge de skal bo i institusjonene eller hvor de skal flytte i etterkant av oppholdene. I så måte gir de uttrykk for å ha lite innsikt i livene sine med hensyn til framtid. De har ingen orden eller plan å forholde seg til. Å ha lite oversikt og kontroll med hensyn til eget liv og framtid kan tenkes å bidra til utrygghet i hverdagen og i den situasjonen de er i nå. Tre av ungdommene svarer følgende på spørsmål om de vet hvor lenge de skal bo i institusjonen og hvor de skal flytte og bo i etterkant av oppholdet:

*Nei, jeg har ikke peiling. Akkurat nå så føler jeg bare at jeg er her på oppbevaring, (...).*

*Nei, altså som jeg sa, så har jeg på en måte alltid fått vite det at de holder på og jobber for å finne en fosterfamilie til meg, og det gjør de fortsatt, de har ikke funnet noe, de vet ikke når jeg skal flytte ut her ifra, det kan være om et eller to år, så vidt jeg vet.*

Utsagnene viser at de har til felles at de ikke vet hvor lenge de blir boende i institusjonen, noe som oppleves vanskelig og uforutsigbart. Én av dem har ingen formening om hvor eller til hvem han skal flytte etter botiden. Den andre ungdommen vet at de forsøker å finne et fosterhjem til henne, men hun har ingen anelse om hvor lang tid dette kommer til å ta. En av ungdommene ved LBS sier:

*Nei, man skal egentlig ha det klart før man flytter inn her. Men det er det ingen som har hatt. Så barnevernet og Bufetat jobber jo veldig med det nå, hvor jeg skal hen etterpå. Men det skal egentlig være klart.*

### **Oppsummering**

Intervjuene med ungdommene synliggjør at de har noe ulikt erfaringsgrunnlag når de beskriver sine erfaringer ved institusjonene. Ungdommene ved BBS "vet mer" om behandlingen enn ungdommene ved LBS i den forstand at de kjenner til – og bruker – betegnelse DBT og OEM når de snakker om "opplegget". Ved Lunde er ikke ungdommene kjent med betegnelse DBT og OEM, og de er mer usikre på hva behandlingen går ut på og hvilke elementer som inngår i den.

Generelt uttrykker ungdommene mye skepsis og kritikk til oppholdet og behandlingen. Vi tolker dette til å omhandle de voksnes framgangsmåter i det som kan forstås både som behandling og omsorgsutøvelse.<sup>12</sup> Det er ikke den enkelte voksnes personlighet eller væremåte ungdommene kritiserer. Det er snarere hvordan de opplever å bli møtt i forhold til sine utfordringer, uttrykte tanker, erfaringer og meninger, i det de betrakter som "behandlingsopplegget". Dette gjelder spesielt for ungdommene ved 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 gir også uttrykk for at de opplever å bli straffet når de ikke gjør det som forventes av dem, eller når de gir uttrykk for meninger annet enn de som de ansatte tolker at de har. Noen ungdommer forteller at de oppfatter at det anvendes metoder som har til hensikt å presse dem i den retning ansatte ønsker å ha dem. Det skjer blant annet ved at de blir fratatt eiendeler og/eller begrenses/hindres i å drive med aktiviteter som de liker å holde på med i fritiden, for eksempel gaming. Flere ungdommer gir dessuten uttrykk for at de ikke helt forstår meningen med, eller selv ikke ønsker å bedrive, ferdighetstrening. I dette inngår også beskrivelser av "å gå lei av hele opplegget".

---

<sup>12</sup> I dette inngår ikke spesifikke kritiske bemerkninger som gjelder individuell samtaleterapi med psykolog. På det tidspunktet ungdommene ble intervjuet, hadde de fleste kommet i gang med slike samtaler, men ikke alle.

## 9 Resultater: Bygninger og omgivelser i ungdommenes perspektiv

Beskrivelse og erfaringer etter befaring på boligtilbudene i Bodø og Lunde er presentert i delrapport 1 (februar 2019). Der er erfaringene med tilbudene oppsummert gjennom tegninger, bilder og oppsummerte inntrykk fra befaring, intervjuer og studier av kravspesifikasjon og funksjonsbeskrivelse. I vurderingen av de to pilotinstitusjonene i delrapport 1 trakk vi fram disse temaene:

1. Muligheten for å påvirke egen bolig? (Brukermedvirkning)
2. Opplevelsen av institusjon vs. hjem?
3. Eget bad vs. å dele bad?
4. Størrelser på grupper og muligheter for å velge grad av felleskap?
5. Må flerfaglige personalteam nødvendigvis bety at man har med seg kontoret sitt inn i boligen?
6. Hvordan er kontordel og boligdel og inngang for ungdommer, besøkende og ansatte organisert?
7. Hvordan er flyten i boligdelen? Er det mulighet for fleksibilitet mellom avdelinger i forhold til hvem som til enhver tid bor der?
8. Hvor skjer de viktige samtalene? De gode samtalene? Hvordan legge til rette for dem?
9. Hvor og hvordan ønsker ungdommene at samtaler skal foregå?
10. Hva ønsker ungdommene å gjøre? Hva innbyr og appellerer til aktiviteter?

Vi ga i delrapport 1 uttrykk for at vi ikke fant noen klar skriftlig dokumentasjon i de to prosjektene på hva man ønsker at bygninger og fysiske omgivelser skal støtte. Det er heller ikke uttrykt noen klar forståelse av at bygningen kan være et viktig strategisk virkemiddel for å oppnå de mål man ønsker. I samtaler med aktørene får vi likevel mange erfaringer med de løsningene de har, og tanker om hva som bør endres, men vurderingene og forslagene til tiltak er i hovedsak basert på den løsningen man hadde før.

### 9.1 Fysiske omgivelers betydning

Her i sluttrapporten vil vi aller først presentere ungdommenes refleksjoner om hva bygninger og omgivelser betyr for deres opplevelse av omsorg, hjemlighet, privatliv, felleskap, forholdet til de voksne og behandlingen de er i. Til slutt vil vi gi en samlet vurdering av bygningene og fordeler og ulemper med de ulike løsningene sett i lys av ungdommenes refleksjoner delt i intervjuene. Beskrivelsen av to andre institusjoner som er besøkt og vurdert som forbildestatusjoner, presentert i et internt statusnotat til oppdragsgiver, er lagt ved. Diskusjonen rundt bygninger og omgivelser, spissformulert som hjem vs. institusjon ved de to pilotinstitusjonene, er integrert i en felles oppsummerende diskusjon og konklusjon til slutt.

Det er enklere å tilrettelegge bygninger og omgivelser til den behandlingen som skal ytes, og de målene man har med hva man vil oppnå i behandlingen, enn å tilrettelegge behandlingen til hvilke fysiske rammer man har. I tillegg er det ut fra et sikkerhetsperspektiv viktig at bygninger og omgivelser er egnet. Trange, gamle bygninger med mange trapper, der gulvene knirker og der det er veldig lytt mellom rommene, omtales ofte av fagpersoner innen psykisk helsevern som lite egnet. Det kan lettere oppstå knuffing når det blir trangt, og opplevelsen av å være innelukket og trengt opp i et hjørne kan bli påtakelig. Ofte er gamle bygninger også

rene brannfeller og det kan oppstå farlige situasjoner i trange, uegnede bygninger der verken ansatt eller beboer har muligheter for retreat.

På den annen side kan bygninger som er planlagt for et bestemt formål – som her, en barnevernsinstitusjon – få karakter av nettopp det, en institusjon, og derigjennom miste hjemlige trekk. En av ungdommene på BBS trekker fram akkurat knirk i trappa og tregulvet som "hjemlig" mens en ungdom på LBS sier at behandlingssenteret er nytt og fint, men ikke "koselig" og at det ser ut som en "skole eller et sykehus".

En bygning som opprinnelig var planlagt som en bolig, kan være enklere å transformere enn en bygning planlagt som institusjon. Institusjonskarakteren sitter i veggene, men hjemliggjøring er mulig, både gjennom en større grad av involvering og brukervedvirkning fra ungdommene, fysiske grep og organisatoriske virkemidler. Spørsmålet er hva som er mål og hensikter: Skal det være et hjem eller skal det være en behandlingssenteret? Varighet for oppholdet, hvorvidt ungdommene har et hjem et annet sted de kommer fra og skal tilbake til, eller om dette er ett av flere hjem i ungdommens liv, bør være utslagsgivende for svaret. Alle barn har rett til en trygg base i livet, et sted de kan kalle hjem. Hvis det ikke finnes et annet hjem når ungdommen flytter inn, må behandlingssenteret være et hjem, utformes som et hjem, lukte som et hjem og oppleves som en base i livet der ungdommene føler seg sett og omsluttet av omsorg.

### 9.1.1 Hjemlighet

Ungdommene gir uttrykk for til dels ulike oppfatninger når det gjelder institusjonenes fysiske miljø og omgivelser. Enkelte opplever at det fysiske miljøet ved BBS er mer hjemlig sammenliknet med andre barnevernsinstitusjoner. For eksempel framheves gulvene: at disse er i parkett/laminat og likner på tregulv og at det ikke er institusjonspregede vinylgulv. I tillegg framheves muligheten til å ha med egne møbler og ting som de kan ha på rommene. Ungdommene ved LBS etterlyser en institusjon som ser "mer ut som et vanlig hjem" og sier at de synes institusjonen ser ut som en skole eller et sykehus fra utsiden. En av ungdommene (ved LBS) sier at de skulle ønsket at huset så ut som "et stort, helt vanlig hus":

*Det ser ut som en skole/sykehus. Det er ikke noe fint. Altså det er liksom sånn ... Altså det er jo fint, det er jo nyoppussa, men det er ikke sånn koselig hus liksom. Det er ikke sånn at når du går i trappa, så knirker det og sånn type ting. Det er ikke sånn at det er koselig på en måte, men ... På rommet mitt så har jeg jo bilder på veggen, så jeg kan jo gjøre det selv sånn som jeg vil ha det på rommet.*

*Stygt. Jeg synes det er stygt. Det ser ut som en fabrikk eller noe, men det gjorde det jo før også. Jeg synes ikke det var fint før heller. Men det er sånn veldig, veldig ... det er liksom sykehuspreg på det her.*

*Jeg føler jo at jeg bor her på en måte, men det føles ikke som et hjem Men de kunne ha gjort det litt mer hyggelig inne, sånn hengt opp noen fine bilder. Jeg vet at de har prøvd å gjøre det koselig.*

Det synes spesielt viktig for ungdommene å føle seg hjemme på rommene sine, siden de (i perioder) tilbringer mye tid der. En av ungdommene fra LBS gir uttrykk for at rommet er et trygt sted å være når ungdommen har angst. Ungdommen er ellers mye ute i stua og prater

med folk, drar til byen osv., men av og til er det godt å trekke seg tilbake og være for seg selv. Da er det dumt at senga er så høy:

*... den er sånn her høy, jeg må krabbe opp i han. Og jeg er veldig lav liksom. Og så er det enkel seng. Den er litt brei, men jeg er vant med 120 seng, så det var veldig uvant den første uka. Men nå har jeg liksom vendt meg til det da.*

Hjemlighet handler også om å få ha det man er vant til, ikke behøve å skulle venne seg til en ny seng hver gang man flytter, især ikke når man flytter ofte. Enkelte ungdommer ved BBS gir uttrykk for at de ikke føler seg hjemme nettopp fordi de er nektet å ha en rekke personlige ting på rommet som de ellers er vant til å ha der. Det kan for eksempel gjelde elektronisk utstyr som egen PlayStation, X-box og mobiltelefon. Gjennom tidligere erfaringer vises det også til flere og større muligheter for utfoldelse ved andre barneverninstitusjoner, eksempelvis ved å få velge farge på én av veggene på rommet sitt:

*Men, ja, det, på den forrige så kunne jeg liksom, jeg kunne sette opp min egen skjerm, min egen PlayStation. Jeg kunne sette på LED-lys på bordet og det kunne bli et veldig tøft ungdomsrom som jeg følte meg trygg i da. Men, nå når jeg bare har et sånt her taklys og rommet ser sånn her ut så, blir det litt mer utrygt da. (...) Og på den forrige så fikk man også lov til å male en vegg i den fargen man ville.*

I utsagnet ovenfor snakker ungdommen om hvordan de fysiske omgivelsene, og det å få sette sitt preg på disse når man bor i institusjon, kan bidra til opplevd trygghet. Ungdommen har gode erfaringer med dette fra tidligere institusjonsopphold, men opplever nå å ha blitt fratatt en rekke eiendeler som hindrer hen i å skape det som for ungdommen oppleves som et trygt og tøft ungdomsrom. Ved LBS beskriver en av ungdommene derimot at hen har fått lov til å ha med private ting og at det har vært viktig.

*Jeg har en bildevegg ved senga der jeg tar tavletyggis og har fullt av bilder, også har jeg en annen vegg der jeg har tegnet litt på sånt papir og hengt opp, også har jeg sånn maleri, speil og knagg og sånt.*

En av ungdommene sier at opplevelsen av at det er et sykehus "har liksom mer med det å gjøre at det er så mange folk her".

*Det er liksom det som gjør at det føles mest som jeg er innlagt eller noe. Det er liksom alltid noen som sitter oppe og jobber ... Ja, det er jo ikke alltid jeg ser alle folkene, men jeg vet jo at de sitter der oppe.*

Ungdommene gir uttrykk for at de ønsker å bo på en "vanlig institusjon i et vanlig hus, med vanlige folk". En av ungdommene ved BBS sier at bygningen ikke oppleves som et vanlig hjem, men mer som en institusjon. Ungdommen antyder at det kan ha noe å gjøre med at det er mye hvitt, selv om hen "vet at de har prøvd å få inn farger". Ungdommen savner "dekorasjoner" og lurere på om det har noe å gjøre med sikkerhet at de ikke har det.



### 9.1.2 Krenkende strukturer i det fysiske miljø

Det å bli nektet tilgang til kjøkkenet mellom de faste måltidene og å måtte bruke plastikkbestikk og papptallerkener oppleves ungdommene som unormalt, uvanlig strengt og veldig lite likt et hjem:

*Ja, jeg tenker generelt sett ja, men selvfølgelig ikke når vi er på nivå 2 og kjøkkendøra er låst og vi må spise med papp og plast. Da er det litt sånn "Shit, det er ikke et hjem" (...) eller at det er ti forskjellige voksne her i løpet av et døgn.*

Det ovennevnte handler ikke om utformingen av de fysiske omgivelsene og miljøet, men om krenkende strukturer i det fysiske miljø som regulerer tilgangen til områder og rom, som påvirker opplevelsen av hjemlighet og omsorg. Dette påvirker også trivselen og hvordan huset og omgivelsene forstås.

Det samme gjelder låste dører som en ungdom på BBS sier de har mange av:

*Ja, altså da har du litt med om du har gjort alt det du skal gjøre, liksom hvis du ikke har gått på skolen, så er det veldig liten sjanse for at du får lov til å gå inn på "gaming"-rommet, eller om du ikke har vært med på ettermiddagstreff og alt det sånn som det der, så får du ikke lov til å gå inn på "gaming"-rommet, men hvis du har vært flink og gjort alt du skal, så får du lov.*

Atferd og valg styres gjennom å nekte eller tillate ungdommene tilgang til aktiviteter og hjemlighet. En av ungdommene ved BBS sier hen er glad i å ha strukturer, men at de ansatte setter begrensninger "som føles som straff uten at man har gjort noe", og at det er demotiverende.

### 9.1.3 Terapeutiske omgivelser

Ungdommene framhever også at de opplever det som vanskelig å sitte ansikt til ansikt med en voksen inne på dennes kontor og snakke åpent om sine utfordringer. De fysiske omgivelsene, det vil si "hvor samtalene gjennomføres", har noe å si for hva de får ut av terapien. En ungdom sier det slik:

*Ja, jeg kjenner veldig på det der at jeg kjenner på ubehag hvis jeg må sitte inne på, der du bare, der det er bare hvite vegger og kanskje et bilde og en tavle og så to stoler. (...) Det blir nesten som et avhør eller noe når jeg sitter der.*

Videre poengterer ungdommen følgende når hen snakker om samtalene ungdommen har hatt med den ene psykologen som jobber i institusjonen:

*Det kan jo være greit å være i trygge omgivelser på en måte, å snakke med en psykolog der. (...) Vi bruker stua på den andre siden. (...). Så der et det sofa og det er veldig trygt.*

Ungdommen framhever betydningen av at samtalene gjennomføres i omgivelser de oppfatter som trygge, og som gir en følelse av ro i stedet for uro og ubehag. En av ungdommene ved BBS sier at de ansatte nekter å ha samtaler på rommet hvis man har behov for det. På den forrige institusjonen ungdommen bodde, kunne de kjøre en tur om kvelden hvis det var noe hen ville snakke om:

*... fordi at det hjelper ofte å komme seg litt ut, og istedenfor å sitte inne å tenke på ting så gjorde de selvfølgelig det. Mens her så er de veldig sånn, alt må planlegges i forveien og hvis du ikke møter opp på ettermiddagsmøtene sammen med alle andre, så får du ikke lov til det. Og det er jo ikke alle som syns det er like lett med alt det sosiale.*

To av ungdommene (en ved BBS og en ved LBS) påpeker viktigheten av å kunne gjennomføre samtaler med psykologen i avslappende fysiske omgivelser. I den forbindelse nevnes stua som et egnet sted. Den oppleves som trygg og mindre beklemt om en sammenlikner med et kontor. En ungdom ved BBS sier:

*... jeg kjenner veldig på det der at jeg kjenner på ubehag hvis jeg må sitte inne på ..., der du bare ..., der det er bare hvite vegger og kanskje et bilde og en tavle og så to stoler ... Det blir nesten som et avhør eller noe når jeg sitter der.*

En av ungdommene sier at hen ofte kjører en tur sammen med psykologen, noe ungdommen synes fungerer bra.

*Vi har et rom, jeg og psykologen min, og vi pleier ofte å ha sånn biltur og høre på musikk og prate litt i bilen. Fordi da blir det liksom ikke sånn at vi sitter rundt et bord og prater mot hverandre. Da er det mye enklere å prate, syns jeg i alle fall.*

Ungdommen sier også at det oppleves mindre stressende når psykologen kommer til institusjonen. Da slipper hen å stresse med å dra ut og kan ta det roligere på morgenen. Psykologen er der de dagene han har samtale med ungdommene, men de opplever ikke tilstedeværelsen som påtrengende eller unaturlig:

*Han er jo her liksom de dagene han har samtale med oss. Men da er han jo ikke sånn nede hos oss, da er han ofte på kontoret ellers så er han og snakker med en av oss. Av og til på kjøkkenet for å finne seg noe mat.*

Denne ungdommen ga uttrykk for at hen kunne tenke seg å snakke mer med psykologen når hen ble litt mer kjent med ham. Ungdommen mener at han kan gi annen hjelp enn de andre ansatte, selv om hen synes de andre ansatte er "veldig flinke og gode å prate med", men at psykologen er "utdannet til det" og vet hva han skal si og hvilke råd han skal gi. Ungdommen forteller også om at de der hen bodde før, avsluttet samtalen med et brettspill:

*... for å være ferdige med det. Og da trengte jeg ikke å tenke på det resten av dagen.*

Disse utsagnene forteller hvor viktig rammen for en samtale er – både den fysiske rammen for å skape fortrolighet, sette en stemning, og atmosfæren, det å slippe å sitte rundt et bord og "prate mot hverandre", som ungdommen sier. Å avslutte samtalen med et brettspill høres ut som en god strategi for å gi litt slipp på det man har pratet om, ikke bære det med seg videre, men la tankene flyte over i noe annet, noe vanlig, noe hyggelig. Det kan synes som om ungdommene har behov for litt "fri" fra seg selv. Kan hende er det spesielt viktig at de slipper å ta med seg vonde tanker inn i natten (jf. utfylling av dagbokkort på slutten av dagen).

#### 9.1.4 Rom for skjerming, privatliv, fellesskap og hverdagsliv

Som vi har vært inne på tidligere, opplever noen av ungdommene at det er uvant at det er så mange folk til stede hele tiden. Selv om de ansattes arealer er atskilt fra ungdommenes, oppleves det som det er alt fra to til fem-seks på jobb samtidig. At så mange voksne er til stede i ungdommenes arealer på samme tid, oppleves overveldende og er jo ikke i henhold til ungdommenes behov for skjerming. At det er flere ansatte på huset og i beredskap betyr også at ungdommene har flere mennesketyper å spille på og at det er lettere å møte noen de har god kjemi med. En av ungdommene på Lunde uttrykker det slik:

*Altså, det er veldig ubehagelig siden jeg sliter med angst, og da syns jeg det er veldig ubehagelig når det er så mange folk. Men samtidig så da er det alltid noen jeg liker, for da er det jo mange typer forskjellige folk her, forskjellige personligheter, og da er det jo alltid noen man liker, også er det jo alltid noen man kanskje ikke liker så godt, da. Så det syns jeg egentlig er litt bedre.*

Eget bad eller ikke har vært en diskusjon ved flere av institusjonene. I de fleste hjem er det jo ikke slik at alle husholdningsmedlemmer har hvert sitt bad, "det er helt ok at vi må lære oss å dele", som en av ungdommene ved Bodø behandlingssenter sa. Dette griper også inn i at ungdommene ikke opplever dette som et hjem, de skal være der en begrenset periode i livet. Kropp og sårbarhet i denne alderen, og spesielt hos denne målgruppa som kan være utsatt for overgrep, tilsier at eget bad kan være en riktig prioritering. Det handler også om ivaretagelse av ungdommenes grenser, at de får mulighet til selv å sette grenser i eget liv og gjenerobre egen integritet og hvem de vil slippe innpå seg. Det er også del av en ordinær samfunnsutvikling og øvrig planlegging. Som et eksempel på dette utformes de fleste studenthybler i dag med hotellstandard, det vil si eget bad.

En ungdom ved LBS sier at det er "veldig greit" å ha eget bad. Når mange av avgjørelsene i livet tas av andre, er det godt at man kan bestemme noe selv:

*Det er sånn at man kan gå i dusjen på natta, man kan dusje så lenge man vil.*

En av ungdommene ved LBS forteller at de har felles måltider og gjør ting sammen av og til, men at de fleste har egne aktiviteter de deltar på. De gjør mye, men ikke så mye sammen. Litt senere forteller den samme ungdommen at de tre som bor der (på Lunde), er venninner og at de ofte var på besøk på rommene til hverandre tidligere, men at de nå holder på mer hver for seg. Ungdommen forteller også at hun blir påvirket av hvordan de andre har det og kan føle seg utrygg når andre har det vanskelig.

En av ungdommene på BBS sier at det er lytt og at det derfor oppleves som man aldri er alene. En annen sier at hen sover dårlig når det er mange ting som skjer, og at dette ikke er en institusjon der hen kan bo lenge:

*Jeg tenker at hvis man skal bo her over en lengre periode, så må personalet være flinkere til å skjerme ungdommer som kanskje har det litt vanskelig med sånne episoder der andre ungdommer har det vanskelig.*

En av de andre sier at hen "får med seg" hendelser de andre ungdommene er involvert i, men at ungdommen ikke vet hva de andre sliter med, det er "privat". Ungdommen omtaler dem

heller ikke som venner, men "room-mates", at de omgås, kan besøke hverandre på rommet og prate sammen på stua. Hen sier også at det ofte er ungdommene som viser omsorg og spør hverandre hvordan det går, mer enn de voksne.

Hun snakker også om ettermiddagstreffene, at de går på kafe på lørdagene og at det er en viss medvirkning i at de får være med å bestemme middagsmeny og hvilken kafe de skal gå på, men det er en forutsetning at de da deltar på treffene.

### **Oppsummering**

Hvordan bygninger og omgivelser fungerer som ramme for terapi og det å føle seg hjemme, har vært tema i dette kapitlet. For institusjonene har det vært en målsetting å både være hjem, arbeidsplass og gi rom for behandling. Det skal oppleves trygt og hjemlig, samtidig som behandlingssituasjonen krever et visst antall ansatte og et faglig forsvarlig behandlingstilbud. Kombinasjonen hjem–arbeidsplass–terapeutisk behandling kan være krevende.

Begge institusjonene ble planlagt i løpet av kort tid og med utgangspunkt i eksisterende løsninger. Sett i lys av dette er det mye av det praktiske som fungerer godt. Vi ser imidlertid av prosessen at det er et lite bevisst forhold til hva det fysiske skal støtte, og det er gjort få forsøk (ut fra det vi kan se) på å få fram hva som er viktig for de ungdommene som er målgruppa for tilbudet. Ved videreutvikling eller bygging av flere tilbud mener vi dette er essensielt. Vi mener det er viktig å synliggjøre hvordan det fysiske faktisk er med på å påvirke hverdagen både for de som bor og de som jobber der. Hvem sin arena er det, hvem treffer man hvor, hvilken stemning gir omgivelsene, hva kommuniserer omgivelsene og hvilken mulighet har man til å påvirke sine fysiske omgivelser, er spørsmål som bør stilles i planleggingen.

Når det gjelder organisering av boligdel/kontordel og inngang boligdel / ansattes inngang har institusjonene gjort kloke og gode valg så langt det er mulig, bygningens beskaffenhet tatt i betraktning. Det virker også som det praktiseres etter hensikten, men ungdommene opplever allikevel ikke hjemlighet. De private rommene er relativt små, og det er få muligheter for å påvirke innredning. Kontorer og mange voksne preger arealene som skal oppleves som en trygg base for ungdommene. Et tydeligere skille mellom kontordel og boligdel kan bidra til dette. Kontorarbeid trenger ikke foregå i ungdommenes fellesarealer. Da ingen av ungdommene vet hvor de skal etterpå, anser vi at botilbudet må betraktes som ungdommenes hjem, om det så bare er for en periode.

En av intensjonene med de nye tilbudene er at helsepersonell skal kunne komme tettere på hverdagssituasjonen og slippe å ha avtalte timer, og at terapi og samtaler skal kunne foregå i mer naturlige settinger. Ungdommene framhever også at det er en fordel at psykologene går i miljøet slik at de blir kjent med dem. Videre poengterer ungdommene at de gode samtalene kommer mens de gjør noe annet: kjører en tur i bil, hører på musikk, går en tur, sitter sammen og ser på tv, gjerne i en sofa der de kan trekke beina oppunder seg og det føles trygt å prate. Selv om det er under slike aktiviteter ungdommene opplever at det er enklere å prate, virker det som mye av terapien foregår til avtalte tider på terapeutens kontor. Ungdommene gir uttrykk for at det å tilrettelegge for aktiviteter der relasjoner kan oppstå og der samtalen kan flyte fritt og man får litt "fri" fra seg selv og sine utfordringer, kan hjelpe dem å skifte fokus fra utelukkende problemer og vansker. De understreker at de voksne kan gå hjem fra jobb og ha fri, mens de bor der hele døgnet og trenger derfor steder som de kan definere som sine med hensyn til uttrykk, regler og aktiviteter.

## 9.2 Hva kan vi lære av forbildeprosjekter som Kvæfjord ungdomssenter og Kerteminde barnehjem?

For å bidra til å åpne mulighetsrommet for hva en barnevernsinstitusjon kan være har vi ønsket å vise til andre løsninger, andre steder, med andre eller tilsvarende tilbud for å inspirere og legge fram mulige andre løsninger som kan drøftes. Vi har derfor vært på befaring ved to andre barnevernsinstitusjoner: Kerteminde barnehjem i Kerteminde kommune i Danmark og Kvæfjord ungdomssenter på Borkenes i Kvæfjord kommune. Beskrivelsene av disse to eksemplene, vurdert som forbildeinstitusjoner, er basert på intervjuer med de ansatte, befaringer, tegninger og bilder. Beskrivelsen er presentert i et prosjektnotat som er lagt ved i denne slutt-rapporten.

Den omfattende brukerinvolveringen på Kerteminde barnehjem setter på en tydelig måte søkelyset på barna og de unges opplevelse av tilbudet. Barna lagde blant annet en film om hva de synes var viktig å ta hensyn til. Det dannet grunnlaget for løsningen som ble valgt. Arkitektur er aktivt benyttet som virkemiddel i å skape rom som gir en følelse av ro, regulerer atferd og inviterer til aktivitet, læring og kompetansebygging. Den skal støtte opplevelsen av normalisering, stolthet og verdighet for barna som bor der. Barna/ungdommene som bor der, var opptatt av at det skulle være flere nivåer av felleskap, slik at det helt private felleskap skulle bestå av få barn og voksne for å kunne oppleves som privat og trygt. Vi opplever at programmeringsfasen i de to pilotene (Bodø og Lunde) i relativt stor grad har handlet om å løse de praktiske og organisatoriske utfordringene. Andre hensyn, spesielt knyttet til hva bygninger og omgivelser kan bety og kan støtte, samt barns medvirkning, bare i begrenset grad er belyst og ikke gitt tydelig uttrykk for i programarbeidet.

Kvæfjord Ungdomssenter ligger vakkert til og har også et tydelig fokus på å utnytte omgivelser og aktiviteter i terapien. Senteret er forbilledlig løst med hensyn til planløsning, arealer for ulike aktiviteter, fleksibilitet og flyt i romforløp. Alle vil jo helst bo i en "helt vanlig heim" og være "helt vanlig". Dette er kanskje spesielt viktig når man er ung. Kvæfjord har et hjemlig preg, men på grunn av lapper og tavler som formaner og påminner om hvor man er, blir boligen likevel ikke helt som hjemme.

Ungdommene ved BBS og LBS framhever betydningen av at samtalene gjennomføres i omgivelser som de oppfatter som trygge og som gir en følelse av ro, eventuelt samtidig med aktiviteter de liker. Det at terapeutene nå kan være med i dagliglivet byr på nye muligheter som man ikke ser er tatt ut i tilstrekkelig grad ennå. Vi mener at det i liten grad er bevisst lagt til rette for gode terapisisuasjoner, selv om små stuerom med TV, spill eller malesaker ser ut til å fungere bedre for å skape trygghet og relasjonsbyggende tillit som grunnlag for gode samtaler enn de såkalte "samtalerommene". Bygges det fortrolighet og relasjoner i slike rom? Eller er kanoen, fiskebåten og gymsalen, turen i fjæra, i grillhytta, som de har i Kvæfjord, bedre egnet? Vi opplever at Kvæfjord på en positiv måte viser hvordan aktiviteter og mulighetene i omkringliggende omgivelser trekkes inn som en positiv ressurs og slik viser alternative terapirom som kunne vært utviklet i pilotene.

## 10 Oppsummering og diskusjon

Det overordnede målet med pilotprosjektet "Nytt institusjonstilbud" er at ungdom som har behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet, skal få bedre hjelp for sine psykiske utfordringer og lidelser. Det er stor enighet om dette målet blant alle (ansatte) vi har snakket med i studien. Videre er det enighet om at barnevern, regionalt og kommunalt, må jobbe sammen med psykisk helsevern på nye måter som gir et mer helhetlig og integrert tilbud.

I følgeforskningsprosjektet har vi fulgt de to pilotinstitusjonene Lunde og Bodø behandlingssenter i deres første år. Det er riktig å si at institusjonene fortsatt er i en oppstartsfase og at det ennå er en del som ikke er på plass. Det er ikke uventet, gitt at tilbudet representerer en helt ny måte å organisere tjenestene på, og det har vært mange utfordringer å løse. Den nasjonale prosjektrapporten gir ganske detaljerte føringer for hvordan tilbudet skal organiseres. Samtidig er det mye som overlates til den enkelte institusjon å organisere og få til i praksis. Dette er nødvendig, men kan – og vil – skape forskjeller mellom institusjonene. Kort oppsummert har LBS bevisst lagt seg svært tett opp til anbefalingene i den nasjonale prosjektrapporten, mens BBS har gjort flere justeringer, som vi har vist i resultatkapitlene.

Datamaterialet i studien har bestått av intervjuer med ansatte ved Bodø behandlingssenter og Lunde behandlingssenter, Sørlandet sykehus, Nordlandssykehuset og noen representanter i den nasjonale prosjektgruppa som utformet anbefalingene for tilbudet. Vi har også gjort befaringsbesøk ved institusjoner som har en sammenliknbar målgruppe som ved BBS og LBS. Videre har vi intervjuet ungdom som bor ved begge pilotinstitusjonene. Vi har fått tilgang til en del dokumenter som beskriver ungdommene og deres opphold på institusjonen. Og vi har gått gjennom en lang rekke dokumenter som omtaler innsats for å integrere barnevern og psykisk helsevern. Dokumentanalysen ble presentert i delrapport 1, men ligger som et bakteppe for vår forståelse av resultatene vi har presentert her i sluttrapporten.

### Motstridende oppfatninger

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 framhever 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.

## Store forskjeller i implementeringen

En av hovedproblemstillingene i følgeforskningsprosjektet har vært å undersøke i hvilken grad de to pilotinstitusjonene driver i samsvar med føringene fra den nasjonale prosjektrapporten. Selv om vi over har tilkjennegitt at vi er kritiske til modellen, har vi med oss en forståelse i fortolkningen av resultatene at modellen er utviklet med gode intensjoner og med ønske om å skape et virkningsfullt tilbud for ungdommene. Det har vært et stort arbeid med etablering og igangsetting av to institusjoner som jobber på en ny måte, og etter en ny metodikk. Særlig i sør har det første året i implementeringsperioden vært svært krevende, og de vurderer fortsatt at de er i full gang med implementering av modell og metodikk. I nord har situasjonen blitt opplevd som enklere, men også der ser vi at alle ansatte fortsatt ikke er på plass og at man kontinuerlig jobber med å justere arbeids- og samarbeidsformer. En særlig forskjell mellom institusjonene har gått på hvor konsekvent de har jobbet etter Omsorgs- og endringsmodellen og DBT.

Videre i kapitlet drøfter vi de mest sentrale elementene i modellen som ligger til grunn for det nye institusjonstilbudet.

### 10.1 En behandling som forutsetter motivasjon og forpliktelse til endring

Motivasjon og forpliktelse til endring er ikke formelle inklusjonskriterier for at ungdom skal få plass ved Lunde eller Bodø behandlingssentre. Samtidig sier prosjektrapporten at et eksklusjonskriterium er hvis "behandlingsmodellen vil ikke passe hjelpebehovet til ungdommen". Gitt at DBT forutsetter at man ønsker å ta ansvar for seg selv og endre seg, kan vi derfor likevel si at motivasjon indirekte blir et kriterium man bør vurdere ungdommene ut i fra. Det har blitt lagt sterkere vekt på å vurdere motivasjonen til ungdommene før inntak etter hvert som pilotprosjektet har pågått en stund. Av de ungdommene som har bodd der, er det uklart hvor motivert de egentlig har vært ved inntak. Ansatte beskriver en del av dem som motiverte, mens de færreste av ungdommene selv mener å ha vært særlig motivert. Motivasjonen endres også kontinuerlig i løpet av oppholdet. Det som imidlertid ser ut til å være felles for mange ungdommer, ifølge ansatte, er at de erfarer et "metningspunkt" etter ca. fem måneders opphold. Det forklares med at da har man gjennomført en fullstendig undervisningsrunde innenfor DBT (varer i 24 uker)<sup>13</sup>, og ungdommene går lei. Utfordringen er at de fleste ungdommene har en botid som er lengre enn dette.

Det er ikke et ukjent fenomen at motivasjonen daler underveis i opphold/behandling, og en studie peker på at de ungdommene som var mest motivert ved inntak, også hadde det største fallet i motivasjon i løpet av oppholdet [61]. Hvis det skjer i korte perioder, er det uproblematisk, men dersom ungdommene over lengre tid ikke samtykker til helsehjelp, blir det mer utfordrende. I prosjektrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppa framheves det at omsorgs- og behandlingsmodellen ved institusjonene må innrettes slik at det gir mening å tilby plass og fortsette oppholdet, til tross for "usikkerhet, ambivalens og motstand til det som kan defineres som helsehjelp som psykisk helsevern har ansvar for" (s. 15). Vi vil likevel hevde at dersom mange av ungdommene over lengre tid ikke samtykker til helsehjelp, betyr det at det institusjonstilbudet (samlokalisert, integrert) ikke er en egnet modell for disse. Et botemiddel for å forhindre at ungdommene avviser helsehjelp er å forklare nøye hva behandlingsopplegget går ut på, og kartlegge motivasjon godt i forkant. Det er likevel ingen garanti for at ungdommene profiterer på oppholdet.

---

<sup>13</sup> <https://dbt.no/om-dbt/>

*Implikasjoner:* Det er flere spørsmål som bør stilles når det gjelder motivasjon for å ha utbytte av institusjonsoppholdet. For det første er det en kjensgjerning at ungdommenes motivasjon svinger veldig gjennom oppholdet. Hvordan er dette forenlig med DBT som behandlingsmetodikk? Hva slags tilbud får ungdommene når de er lite motivert for å endre seg? For det andre er det en stor utfordring at oppholdet er så mye lenger enn det ser ut til at DBT-oppblegget er designet for. Hva gjør man når ungdommene har nådd et metningspunkt for behandling, mens de fortsatt må være på institusjonen fordi de ikke har noe annet sted å bo?

## **10.2 Døgkontinuerlig behandling overstyrer fokuset på omsorg**

Et særtrekk ved de nye institusjonene er det sterke fokuset på behandling. Begge institusjonene skiftet navn til *behandlingssenter* da de ble pilotinstitusjoner. Det gir et signal om hva som er hovedaktivitet ved institusjonene. Før institusjonene startet opp, var det to hovedretninger som ble utforsket som mulige metodikker: en mentaliseringsbasert tilnærming og dialektisk atferdsterapi (DBT). Som vi beskrev i den første delrapporten [1], er det overraskende at valget av metodikk er såpass lite belyst i rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa og at eventuelle diskusjoner og konklusjoner ikke er tydeliggjort i prosjektrapporten. I intervjuene med medlemmer i den nasjonale prosjektgruppa kom det fram at det relativt raskt ble enighet om valg av metodikk, men at noen i gruppa opplevde DBT-modellen som veldig rigid og lite fleksibel. Likevel kan vi ikke finne at det har vært 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* målgruppa har, før valget falt på DBT som metodisk tilnærming. Valget av metodikk har naturlig nok hatt store konsekvenser for hvordan tilbudet på institusjonene har blitt. Gjennom å velge DBT som metodisk tilnærming legges det til grunn av det skal være fokus på *behandling*, mens andre valg kunne ledet fokuset mer i retning av endringsarbeid gjennom miljøterapeutiske metoder og tilnærminger. Den store vekten på behandling ser dels ut til å ha overskygget fokuset på omsorg, relasjonsarbeid og ungdommenes medvirkning. Om dette skyldes metoden(e) *i seg selv* eller hvordan metodene er forstått og implementert, har vi ikke godt nok grunnlag til å konkludere med. I en ny svensk studie som har sett på utviklingen innen barnevernsinstitusjoner, peker forfatterne på at det er et fellestrekk i dette institusjonslandskapet at vekten forskyves fra en omsorgslogikk der miljøterapien står sterkt, til en profesjonell logikk der evidensbaserte metoder (som DBT) vinner fram [62]. Slik sett passer pilotprosjektet godt inn i denne utviklingstrenden. Som resultatene har vist, er mange av de ansatte begeistret for DBT som arbeids-/behandlingsmetodikk og de har stor tro på metodikken. En del informanter har imidlertid stilt kritiske spørsmål til DBT, mens andre informanter har argumentert for at så lenge alle jobber etter én enhetlig metodikk, er det flere alternative metodikker som kunne vært valgt.

Vi har også stilt oss spørsmål ved hvordan Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) har kommet så sterkt inn i institusjonstilbudet, og hvordan OEM og DBT egentlig henger sammen. Det har vært vanskelig å få en tydelig forståelse av dette. I intervjuene har ansatte både beskrevet det som at OEM er DBT for institusjoner, og at OEM er et rammeverk for pasientforløp mens DBT er behandlingsmetodikken. Det er uansett en kjensgjerning at OEM ikke var diskutert eller eksplisitt anbefalt i den nasjonale prosjektrapporten. I en publikasjon fra Bufetat beskrives OEM som "et verktøy som skal hjelpe deg til å regulere følelser og handlinger", altså



nærmest som DBT<sup>14</sup>, mens andre steder er det tydelig at OEM er et standardisert forløp der DBT er valgt som behandlingsmetodikk. Bufetat Region Nord fikk i 2016 i oppdrag å etablere et spisskompetansemiljø for Omsorg for ungdom.<sup>15</sup> Omsorgs- og endringsmodellen ble valgt. Derfor er det naturlig å konkludere med at siden BBS var en av institusjonene som ble valgt ut som pilotinstitusjon, og fordi de allerede jobbet ut fra en OEM-tankegang, ble denne praksisen også videreført – og overført – til Lunde. Vi retter ingen kritiske bemerkninger til OEM i seg selv, men ut fra hva som er beskrevet i den nasjonale prosjektrapporten, er det ikke noe som tyder på at pilotinstitusjonene trenger å anvende OEM.

Når det gjelder hvor hensiktsmessig DBT er overfor ungdomsgruppa i en institusjonskontekst, kan det være ulike årsaker til at den ser ut til å frambringe dårlige erfaringer hos ungdommene. En årsak kan ha sammenheng med blandede roller. Det kan være utfordrende å være behandler og omsorgsperson samtidig, og selv om ungdommene beskriver gode relasjoner til enkeltansatte, ser det ut til at det er behandlerrollen som er mest framtrædende. Dersom ansatte i første rekke inntar behandlerrollen, kan det medføre at ingen har en tydelig omsorgsrolle. Dette mener vi blir reflektert i intervjuene med ungdommene. Altså ser det ut til at en slik kombinasjon av roller kan gjøre det vanskelig å bygge trygge relasjoner preget av omsorg. Det er uheldig, gitt at denne ungdomsgruppa har et særlig behov for gode og trygge relasjoner til voksenpersoner [63-65]. Vi tolker rolleblandingen som en metodisk utfordring ved bruk av DBT i institusjon slik det gjøres i pilotinstitusjonene. Som metoden benyttes per i dag er det ikke noe tydelig skille mellom når det foregår behandling og ikke. Det gjør at ungdommene lever i en behandlingshverdag tilnærmet konstant, over en lang periode. På bakgrunn av intervjuene både med ansatte og ungdommer forstår vi det som at de ansatte har gode intensjoner, men at den oppmerksomheten som rettes mot metoden, delvis overskygger "alt annet", eksempelvis oppmerksomhet rettet mot individuelle tilpasninger og det å se og ta hensyn til perspektivene til den enkelte ungdom.

*Implikasjoner:* Kritisk refleksjon rundt arbeidsmetodikk er prinsipielt viktig. Særlig viktig er det i dette tilfellet, hvor man tester ut en metodikk som opprinnelig ble utviklet for en helt annen målgruppe, i en helt annen setting. Vår vurdering er at det nettopp er den metodiske tilnærmingen som er hovedutfordringen i dagens institusjonstilbud, og det bør gjøres en grundig vurdering av hvorvidt det er forsvarlig å bruke metoden som en døgnbasert metode overfor en gruppe ungdommer med til dels store psykiske vansker, og som ikke har trygge og nære omsorgspersoner rundt seg. Basert på funnene i studien har vi ikke grunnlag for å anbefale metodikken overfor denne målgruppa i institusjon i fortsettelsen. Som vist gjennom rapporten ser vi ikke at behandlingsmetodikken har ført til bedring verken i ungdommens psykiske helse eller hvordan de generelt fungerer i hverdagen. Vi får tvert imot indikasjoner fra ungdommene selv på at den virker mot sin hensikt ved at de trigges av enkeltelementer i metoden.

### **10.3 Ivaretagelse av målgruppas mange behov**

I rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa beskrives det at målgruppa har mange behov (s. 12-13). Behovene omfatter blant annet trygge og gode omsorgsbetingelser, bistand til relasjonsbygging med omgivelsene, for eksempel med familie/fosterhjem, skole, venner og fritid,

---

14

[https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Omsorgs\\_og\\_endringsmodellen\\_En\\_modell\\_for\\_omsorg\\_endring\\_og\\_samarbeid.pdf](https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Omsorgs_og_endringsmodellen_En_modell_for_omsorg_endring_og_samarbeid.pdf)

15 <https://buudir.no/contentassets/2d6a717f13d844fc8fa2a15dafcfd1e/oem-bufetat-region-nord.pdf>

samt behov for systematisk og kunnskapsbasert miljøterapi og behandling fra psykisk helsevern. Det følger fra avsnittet over at vi vurderer at behandlingsfokuset er så sterkt at det går på bekostning av ivaretagelse av andre behov. For eksempel gjelder dette skolegang. Ungdommene ved institusjonene har et tilrettelagt, men begrenset skoletilbud. Mange av dem har hatt utfordringer med skolegang før de kom til institusjonene, så dette er ikke noe som oppstår som en følge av institusjonsoppholdet. Men når det er sagt, beskriver ansatte at behandlingsopplegget er tid- og energikrevende for ungdommene. En kan derfor tenke seg at DBT-behandlingen gjør det ytterligere vanskelig å få ungdommene på skolen. En alternativ tolkning er at personalet vurderer at behandlingen må prioriteres foran for eksempel skole og fritidsaktiviteter. Det er forståelig at det er krevende å ivareta ungdommenes mange behov, og det er nødvendig balansere mulighetene for å tilfredsstille behov opp mot hverandre. I forskningslitteraturen pekes det også på at målgruppa har mange behov og at de ikke trenger å samsvare (fullstendig) med hva foreldre/fosterforeldre og ansatte vurderer er behovene deres [64]. I en studie av tjenestebehov hos unge jenter med komplekse behov konkluderte forfatterne med at det viktigste skrittet på vei til å møte ungdommenes behov er å utgangspunkt i hva *ungdommene selv* har beskrevet som viktig for dem [ibid.]. I en videreutvikling av integrerte tjenestetilbud vil det derfor være interessant å la ungdommen være med å definere behov som omsorg, behandling, skolegang, fritid, familiesamvær og vennskap, og hvordan de kan oppfylles. Slik kan man utvikle et tilbud som har et bredt og helhetlig fokus.

*Implikasjoner:* Det er viktig å erkjenne at ungdommene har mange behov som skal ivaretas. Dagens sterke vekt på behandling kan ta bort oppmerksomheten fra andre behov. Ved å utforske mangfoldet av behov sammen med ungdommene – og hvordan helheten av disse kan ivaretas – kan tilbudet oppleves som bedre for ungdommene.

#### **10.4 Når ekstra hjelp oppleves som straff**

Elementer av DBT, som Plan for ekstra hjelp (PFEH) og dagbokkort, får spesielt kritiske tilbakemeldinger fra ungdommene. Både intervjuer med ungdommene og PFEH-dokumentene viser at mange ungdommer ikke forstår meningen med Plan for ekstra hjelp, og de gir klart uttrykk for at de opplever tiltakene som straff i etterkant av særlige hendelser. De ansatte vil kunne begrunne slike handlinger med at begrensning og grensetting er nødvendig og et uttrykk for omsorg (uttrykkes i intervjuer). Imidlertid ser det ikke ut som ungdommene har den samme forståelsen av det. Vi stiller også spørsmål ved navnet "plan for ekstra hjelp" på tiltak som utelukkende er begrensninger eller konsekvenser. Dersom miljøterapeutene presenterer tiltakene som en form for "ekstra hjelp", vil det sannsynligvis være svært vanskelig å forstå for ungdommene. Det kan oppleves å stå i så motstrid til hva ungdommene opplever at det er.

Det er lite som tyder på at Plan for ekstra hjelp i det hele har en positiv virkning for ungdommene og deres situasjon, og det er all grunn til å ta ungdommenes uttrykte "straff-opplevelse" på alvor. Ungdommene skal bli hørt, de har rett til å medvirke i eget liv den tiden de bor i institusjon, og deres personlige integritet skal ivaretas. Plan for ekstra hjelp-prosedyren og noen av de tiltak og begrensninger som iverksettes, kan og bør derfor vurderes i henhold til ungdommenes faktiske rettigheter, jf. Lov om barneverntjenester (barnevernloven) [66] og særlig Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (rettighetsforskriften) [67] med retningslinjer. Alle barn og unge som bor i barneverninstitusjoner, skal være sikret et integritetsvern. Dette følger av barnevernloven § 5-9, og det slås fast i rettighetsforskriftens § 7 første ledd. I forskriften med retningslinjer beskrives dette blant annet som å innebære at ingen skal krenkes eller ydmykes. Generelt sett er vern om den personlige

integritet å forstå som et krav om at hvert enkelt barn eller ungdom skal vises respekt. Forskriftens § 3 "Forbud mot innskrenkninger i beboernes rettigheter" vil også kunne være relevant å trekke inn i en videre vurdering av PFEH-prosedyren og de tiltak/begrensninger som settes i verk som følge av denne. I retningslinjene som følger forskriften, utdypes det blant annet som følger om § 3: "Husordensregler, rutiner osv. må ikke anvendes på en måte som vil være urimelig ovenfor beboeren i det enkelte tilfellet." I tillegg er § 9 "Adgangen til å bevege seg innenfor og utenfor institusjonens område" i samme forskrift relevant. Om begrensninger tilknyttet denne paragrafen i retningslinjene utdypes blant annet som følger:

*En ungdom som har brukt vold i et fellesrom kan nektes å oppholde seg der en periode, dersom dette er nødvendig for å skape trygghet og trivsel for de andre på institusjonen. Grensesettingen, (...), må knytte seg direkte til den uønskede handlingen. (...) Institusjonen er beboernes hjem i den perioden de bor der. Det er i utgangspunktet et mål at de skal ha en tilværelse som mest mulig ligner situasjonen til barn og ungdom som ikke bor på institusjon.*

Enkelte tiltak som iverksettes som et ledd i PFEH, for eksempel avstengning av kjøkken over en lengre periode, hvor samtlige ungdommer ikke har lov til å bruke eller oppholde seg på kjøkkenet i det daglige (utenom måltidene), synes vanskelig å kunne forenes med de regler som framgår av § 3 og § 9 nevnt ovenfor. Mer generelt er det vårt inntrykk at selve PFEH-prosedyren i praksis kan motarbeide eller svekke integritetsvernet som følger av barnevernlovens § 5-9 og rettighetsforskriftens § 7 første ledd, siden ungdommene opplever denne som en form for straff og som noe som krenker dem.

*Implikasjoner:* Erfaringene med Plan for ekstra hjelp forsterker ytterligere inntrykket av at man må stille spørsmål ved om DBT kan anvendes på denne målgruppa i institusjon. Videre er det rimelig å stille spørsmål ved hva slags tiltak som iverksettes når ungdommene skal begrenses. Er det rimelig at resten av ungdommene på institusjonen skal bære konsekvenser av hva en annen ungdom har gjort? Videre er det nødvendig – og et krav i lov og forskrift – å ivareta barn og unges personlige integritet og medvirkning. Plan for ekstra hjelp bidrar ikke til dette.

## **10.5 "Smitteeffekt" og opplevd trygghet ved institusjonene**

Et annet tema som er tatt opp i studien, da hovedsakelig gjennom intervjuer med ansatte, er faren for smitteeffekt blant ungdommene. Flere ansatte er bekymret for dette, og flere av ungdommene beskrives å være lett påvirkelige av de rundt seg. Det har også framkommet flere eksempler på at ungdommene opplever utrygge situasjoner på grunn av andre ungdommers oppførsel. Problemet er også erkjent i rapporten fra den nasjonale prosjektgruppa, som påpeker at ved vurdering av inntak må man ta hensyn til forsvarlig beboersammensetning i institusjonen og avdelingene. Det skal ivaretas både før og under oppholdet (s. 17).

Når man samler mange ungdommer med omfattende psykiske helsevansker, som i tillegg deler samme hjem over lang tid, er det viktig og nødvendig å løfte fram og drøfte mulige bekymringer knyttet til blant annet "sosial overførbarhet" og "smitte ved selvskading". Som Helsedirektoratet påpeker: "Selvskading kan være sosialt overførbart. Å høre om eller se andre som skader seg selv, kan påvirke personer til å prøve selvskading, eller få personer som tidligere har skadet seg selv til å gjøre dette på nytt. Dette har en særlig sett i behandlingsinstitusjoner og i enkelte ungdomsmiljøer" [68]. Ved BBS og LBS bor det mange ungdommer som har det

samme utfordringsbildet, og som ved inntak "plasseres" på samme nivå i endringshierarkiet, det vil si selvsykning og/eller selvmord. I tillegg bor det enkelte ungdommer der som har utfordringer knyttet til aggresjon. Det er barnevernets mest sårbare ungdommer, med til dels alvorlige og omfattende psykiske helsevansker, som er plassert sammen i dette nye institusjonstilbudet; de lever og bor tett sammen 24/7 i opptil ett år. Det er altså all grunn til å lytte til ansattes bekymring knyttet til smitteeffekt.

I tillegg til faren for smitteeffekt er det et spørsmål om hvor trygt det nye institusjonstilbudet oppleves for ungdommene. Av dokumentene går det fram at det gjentatte ganger oppstår alvorlige og skremmende situasjoner i institusjonsmiljøet, som beskrives å gå utover de andre ungdommene (eks. knusing av ting, velting av møbler og trusler med kniv). Dokumentene viser at ulike ungdommer er involvert, og at det i enkelte tilfeller tilkalles politi. I tillegg blir ungdommene vitne til eller får høre om tilfeller med alvorlig selvsykning. Dette er ikke fremmed i visse typer barnevernsinstitusjoner, og i forskning er det løftet fram at det bør gjøres mer for å beskytte ungdom mot andre ungdommers utagering, som vold og seksuelle overgrep [69]. Samtidig pekes det på at ungdom kan utgjøre viktig støtte for hverandre [70]. Totalt sett er det derfor rimelig å vurdere sammensetningen av ungdomsgruppa og stille spørsmål ved om det nye institusjonstilbudet kan forstås som en trygg omsorgsbasis, eller et trygt midlertidig hjem for ungdommene.

Flere av ungdommene forteller dessuten at de under botiden opplever lengre perioder hvor de ikke får (nok) oppmerksomhet. De blir ikke sett og hørt i hverdagen fordi de voksne er veldig opptatt av én eller flere av de andre ungdommene som har det ekstra vanskelig med eksempelvis selvmordstanker og selvsykning. Dette kan ses i sammenheng med målgruppa for det nye institusjonstilbudet. Vi forstår det slik at det nærmest til enhver tid er noen av ungdommene som krever mer tid og oppmerksomhet fra de voksne, og at det "rullerer" eller skifter på hvem dette er. Ungdommene deler samme midlertidige hjem, de er tett på hverandre både på dagtid og kveldstid og har betydelig innsikt i det som skjer innenfor husets fire vegger. Når de er i en situasjon hvor de oppfatter at de voksne omsorgspersonene ikke har tid til dem, oppleves det utrygt. Forskning peker på at tilgjengelige ansatte og gode relasjoner mellom ungdom og ansatte er helt sentralt for å skape et trygt miljø [65]. Dette står altså i fare slik institusjonene er lagt opp i dag. I tillegg tyder intervjuene med ungdom på at de forstår at de voksne er opptatt av en alvorlig hendelse som har skjedd, og de vil kanskje heller ikke kreve "seg selv" i slike perioder. Dermed unnlater de å fortelle om egne tanker og hva de selv strever med i det daglige. Ut fra det ungdommene forteller framstår dette som et ofte tilstedeværende dilemma i hverdagen deres.

*Implikasjoner:* Det bør tas stilling til om det er forsvarlig å samle barnevernets mest sårbare ungdommer med til dels alvorlige og omfattende psykiske helsevansker under ett og samme tak over lang tid. Er modellen som testes ut i det nye institusjonstilbudet, i stand til å ivareta ungdommens trygghet og unngå smitteeffekt? Slik vi ser det, er det ikke mulig å svare et ubetinget "ja" på disse spørsmålene.

## **10.6 Pilotinstitusjonene som hjem og institusjon**

Vi har undersøkt hvordan bygninger og fysiske omgivelser virker inn på etableringen av institusjonstilbudet, og hvordan det er å bo der. De fleste ungdommene med plass i de to pilotinstitusjonene har ikke noe annet sted de opplever som et hjem, eller et annet sted som de vet at de skal flytte videre til. Det gjør at institusjonene må betraktes som ungdommens hjem

den perioden de er der. De fleste døgninstitusjoner deler det kjennetegnet at de både er et midlertidig hjem for beboeren og arbeidsplasser for voksne ansatte som utøver daglig omsorg [71]. Samtidig kan vi si at institusjoner som BBS og LBS framstår både som atypiske hjem og atypiske arbeidsplasser. At institusjonene er "arbeidsplasser" viser seg på mange ulike måter og områder i hverdagslivet og omsorgsmiljøet i barneverninstitusjonen, og har konsekvenser for ungdommene [72-74].

Et overordnet mål med pilotprosjektet er å kunne tilby ungdommene tilgang til sammensatt og bred helsekompetanse der ungdommene bor. Slik tilbudet framstår per i dag innebærer dette blant annet stor voksentetthet og stor grad av arbeidsdeling og spesialisering blant de voksne som er i institusjonsmiljøet og i ungdommenes midlertidige hjem i det daglige. Noen voksne er miljøterapeuter eller miljøarbeidere og representerer barnevernssiden; andre er psykologer, leger eller sykepleiere og representerer helsesiden. Det medfører mange voksne i ungdommenes bolig og manglende oversikt over hvem som til enhver tid er der. I intervjuene med ungdom kom det fram at dette kan oppleves utrygt. Vi mener derfor at det er et grunnleggende valg å identifisere om institusjonen primært er ungdommenes hjem eller de ansattes arbeidsplass. Diskusjonen er kjent fra mange ulike tilbud der arealer både skal være arbeidsplass og hjem, men hvor man legger hovedvekten på at institusjonen er noens hjem. Det kan være bofellesskap for personer med demens, for personer med fysiske- eller psykiske funksjonsnedsettelse, eller sykehjem og boliger for mennesker som trenger mye og omfattende tjenester, men hvor betydningen av verdighet og autonomi ved å kunne ha et hjem likevel blir tydelig vektlagt. Man har gjennomført omfattende reformer (eksempelvis HVPU-reformen) ut fra dette verdiperspektivet [75].

Å balansere hjem og arbeidsplass innenfor en bygning skaper noen dilemmaer. Samtidig vil vi understreke at det ikke nødvendigvis er noen motsetning mellom det å "føle seg hjemme" og det å motta omfattende helsehjelp. Ungdommene ved BBS og LBS er med på ulike innslag av terapi/behandling i det daglige, som er knyttet til bestemte tidspunkter og som ledes av forskjellige voksne, i sine midlertidige hjem. Dermed blir det både relevant og nødvendig å spørre om dette kan bidra til å gjøre det vanskelig å skille "det ene fra det andre" eller "den ene fra den andre". Når er ungdommene i behandling? Når er de bare hjemme? Hvem er – eller hva – representerer de ulike voksne? Selv om det er mulig å tenke seg at en slik tett kobling mellom barnevern og helse kan bidra til å skape trygge rammer og gode samarbeidskonstellasjoner som kommer ungdommene til gode, er det altså også mulig å tenke seg at den kan skape forvirring og usikkerhet, og at det kan oppleves som slitsomt og utmattende for ungdommene. Det siste framgår delvis både av ungdommenes uttrykte erfaringer og av dokumentanalysene.

*Implikasjoner:* Gitt at de færreste av ungdommene har noe annet hjem, følger det at institusjonene bør betraktes som deres hjem. Da må kontorer og ansatte organiseres på en god måte, særlig tatt i betraktning at det er svært mange voksne på jobb samtidig. Ungdom må også i større grad få være med og utforme sitt eget rom.

## **10.7 Botid og behovet for å vite hvor man skal etterpå**

Ungdommenes faktiske botid er noe de ansatte er opptatt av når de snakker om det nye institusjonstilbudet. I den nasjonale prosjektrapporten er man tydelig på at *planlagt* oppholdstid er det viktigste, framfor om oppholdet er kort eller langt (s. 22). Det er et gjennomgående trekk

at verken ungdommene eller de ansatte på institusjonene vet hvor ungdommen skal i etterkant. Det er uheldig.

Å vite hva man skal videre til, er spesielt relevant i og med at behandlingen er beskrevet å være av igangsettende karakter. Omsorgs- og endringsmodellen som institusjonene jobber etter, legger også stor vekt på forløpstankegang og at overgangen mellom fasene i forløpet skal henge sammen.<sup>16</sup> At tilbudet har en igangsettende karakter betyr ikke at det er et reelt mål at ungdommene som bor der, skal være ferdigbehandlet ved utflytting. Likevel viser funnene at de fleste ungdommene har en botid på rundt ett år i sine midlertidige hjem ved BBS og LBS. Det reiser noen spørsmål om både hjemmet og behandlingen. Ett spørsmål er hvorvidt behandling som er av "igangsettende karakter" og som bærer preg av betydelig voksentetthet og spesialisering, er forenlig med det å bo i en barneverninstitusjon som representerer ungdommenes (midlertidige) hjem i ett år. Et annet spørsmål er knyttet til (ansattes) erfaringsbaserte antakelse om at ungdommene har større utbytte av behandlingen når de vet hvor de skal i etterkant: Blir effekten av behandlingen mye dårligere når ungdommene ikke vet hvor de skal bo etter institusjonsoppholdet?

Oppholdet ved pilotinstitusjonene utfordrer også kontinuiteten i ungdommenes liv og bosted, og hvem de får omsorg fra. Når de flytter inn ved BBS eller LBS, innebærer det at de må flytte minst to ganger ekstra. Samtidig påpekes det at ungdommene har behov for kontinuitet. For eksempel presiseres det ofte i inntaksbrevene fra barneverntjenesten at ungdommen har behov for kontinuitet, trygghet, omsorg og stabile rammer. Ut fra dokumentene kan vi imidlertid ikke se at det er gjort noen vurdering av hvorvidt to ekstra flyttinger (inn på pilotinstitusjonen og ut i nytt omsorgstilbud) er forsvarlig sett opp mot behovet for kontinuitet. Vi ser heller ikke at det er dokumentert noen vurdering av hvorfor det er akkurat denne institusjonen som er det foretrukne alternativet. Det er betimelig å stille spørsmål om forsvarligheten av ekstra flyttinger, sett opp mot manglende dokumentasjon av behandlingseffekt samt andre negative erfaringer med tilbudet.

*Implikasjoner:* Hvis man skal ha en type kortvarig institusjon med et intensivt behandlingsopplegg, bør ungdommene ha en omsorgsbasis klar ved innflytting – som på MultiFunC-institusjonene. Det kan bidra til bedre motivasjon og mer forutsigbarhet for ungdommene, at omsorgspersoner kan være med å videreføre tankegangen og ferdighetene som ungdommene skal lære seg, og at omsorgspersonene også etter utflytting får tett oppfølging fra noen som kjenner metodikken. I tillegg bør det vurderes nøye om ungdommen vil ha så stort utbytte av behandlingen at det er verdt to ekstra flyttinger.

## **10.8 Ungdommene har begrenset mulighet for medvirkning i egen hverdag**

I utviklingen av tjenester til barn og unge er det sentralt at deres stemme høres og tas hensyn til [76]. Det vil si at brukerne av tjenestene har en rett til å medvirke, og tjenestene har en plikt til å involvere brukerne. Retten til medvirkning er blant annet stadfestet gjennom FNs barnekonvensjon, som er en del av norsk grunnlov [77]. Ungdom har rett til å bli hørt når de møtes av helse- og velferdstjenestene, være aktivt deltakende i beslutninger som angår dem, og de har krav på gode helsetjenester. I dag er det etablert kunnskap at brukermedvirkning fører til økt tilfredshet med tjenestene. Brukermedvirkning bidrar til økt treffsikkerhet med hensyn til utformingen og gjennomføringen av tilbud. I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at

---

<sup>16</sup> <https://bufdir.no/contentassets/2d6a717f13d844fc8fa2a15dafcfd1e/oem-bufetat-region-nord.pdf>

personer som søker hjelp – som andre personer – gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert for den de er. Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom å gjøre egne valg, kan det påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon og bedring. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever, bli forsterket [78].

Vi har ikke funnet at ungdom har vært involvert i tenkning rundt og utforming av det nye institusjonstilbudet. Vi vet imidlertid at ansatte ved pilotinstitusjonene la vekt på at ungdommene skulle få innrede sitt eget rom og være med for eksempel på Ikea for å handle småting. Vi har lite kunnskap om i hvilken grad og hvilke erfaringer ungdommene har med dette. Etter vårt syn burde uansett medvirkningen vært gjort på et systematisk vis *mye tidligere* i utviklingsprosessen (jf. også avsnitt 10.3). Vi kan bare spekulere i om ungdom ville valgt DBT/OEM som metodikk og om de ville vært mer fornøyde med tilbudet, om de (brukerrepresentanter) hadde hatt innflytelse over tilbudet, inkludert behandlingsmetode. Dokumentgjennomgangen viser at ungdommenes uttrykte erfaringer og meninger i mange tilfeller blir skriftliggjort, men det framgår ikke så ofte om – eller i hvilken grad – disse blir tatt hensyn til. Særlig PFEH-dokumentet er utformet på en slik måte at ungdommenes rett til medvirkning søkes ivarettatt. Ut fra intervjuene ser det imidlertid ut som ungdoms egne interesser og ideer får lite rom. Vår antakelse er at det blant annet skyldes behandlingsmetodikken og dens prosedyrer som styrer mye av hverdagen til ungdommene.

*Implikasjoner:* Et godt institusjonstilbud bør legge større vekt på å sikre at ungdommene gis mulighet for å medvirke i beslutninger som omhandler eget liv og egen hverdag. Ungdom bør involveres gjennom hele utviklingsarbeidet.

### **10.9 Modellen fører til økt samarbeid mellom barnevern og helse**

Tett samhandling mellom barnevern og helse er en sentral del av det nye institusjonstilbudet. I praksis ble dette samarbeidet forsinket fordi det var vanskelig å rekruttere helsepersonell, inkludert psykologer som framstår som den mest sentrale helsefaglige gruppa. Når psykologene vel var på plass, har samarbeidet fungert godt, og funnene viser entydig gode og positive erfaringer med å ha psykolog på arbeid i institusjonene. Dette er et viktig og positivt resultat. Sett opp mot anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa (s. 41) har BBS ansatt to psykologer i full stilling i stedet for to i halv stilling, som anbefalt. LBS har derimot ansatt en psykolog i full stilling.

Når det gjelder andre grupper helsepersonell som legespesialister og sykepleiere er erfaringene mer blandet. For legespesialister handler det om at institusjonene vurderer at anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa om 100 prosent stilling legespesialist er for stor stillingsandel for behovet til institusjonene. Dette sammen med store rekrutteringsproblemer knyttet til barne- og ungdomspsykiater har gjort at anbefalingen ikke har blitt fulgt. Når det gjelder sykepleiere, har både informanter i region Nord og Sør stilt spørsmål ved hvorfor det akkurat skal være sykepleiere som skal ansettes fra helsesiden. I den nasjonale prosjektrapporten står det ikke at det nødvendigvis skal være sykepleiere, men at det skal være enten sykepleiere eller vernepleiere. Uansett, ser det ut som fortolkningen av de nasjonale anbefalingene har ført til at begge institusjonene har ansatt – og er i gang med å ansette – sykepleiere. Men den store forskjellen er at BBS har vurdert det til at de har behov for og klarer å tilby meningsfylt arbeid for kun én sykepleier. Ved LBS har de fulgt anbefalingene og er i ferd med å ansette de siste to sykepleiere av totalt fire.

Det er ikke tvil om at gode samarbeidskonstellasjoner mellom barnevern og helse vil komme ungdom som bor i barneverninstitusjoner til gode, men måten man gjør det på har trolig stor betydning. Dersom konstellasjonen eller konteksten er slik at den skaper usikkerhet eller oppleves som utmattende og lite motiverende, slik som ungdommene ved BBS og LBS delvis gir uttrykk for, må man vurdere om det finnes andre former eller løsninger som virker bedre. Men som pekt på over, er vår hypotese at det er metodikken som er utfordringen heller enn organiseringen av samarbeidet mellom helse og barnevern.

Et annet moment som har kommet opp i studien når det gjelder organiseringen av helse og barnevernsansatte, er balansen mellom antall helsepersonell og antall miljøarbeidere. Per i dag kan institusjonene kort sagt forstås som barnevernsinstitusjoner med god tilgang til psykologkompetanse. Det kan hende dette er en god løsning, men den er mindre "likeverdig" enn det tilbudet som er skissert i den nasjonale prosjektrapporten. Mye forskning har pekt på at organisatoriske, profesjonelle og juridiske forhold blir barrierer for samarbeid (se for eksempel [30, 32, 33]). Det var forutsett i den nasjonale prosjektrapporten at dette kunne skje i det nye institusjonstilbudet. Vi ser også at det oppstår slike barrierer. For eksempel har ledelsen ved institusjonene ikke myndighet til å bestemme over ansatte i HF-et. Det vanskeliggjør samarbeid og disponering av ressurser. Kommunikasjon og dokumentasjon er utfordrende fordi barnevern og helse har hver sine journalsystemer, noe som stiller krav til gode rutiner for informasjonsutveksling. Dette forvanskes av ulike turnuser blant ansatte i helse og barnevern som gjør at de ikke nødvendigvis er på arbeid samtidig. Den lærdommen pilotinstitusjonene har gjort seg knyttet til disse barrierene og hvordan man kan overkomme dem, bør undersøkes mer inngående, og man bør nyttiggjøre seg den kunnskapen ved planlegging av nye samarbeidsmodeller for helse og barnevern.

*Implikasjoner:* Generelt sett mener vi det er riktig å justere på stillingsandeler og hvilke fagbakgrunner de ansatte fra helse skal ha, basert på de erfaringene pilotinstitusjonene har gjort seg til nå. Siden psykologene er den mest etterspurte helseressursen, bør institusjonene ha to psykologer i større/opp mot full stillingsandel tilknyttet. Det gir også et faglig fellesskap på institusjonen for psykologene. Vi kan videre se for oss en variant der flere psykologer er tilknyttet institusjonen uten at de har ansettelsessted der. En bør vurdere mindre stillingsandel for legespesialist/psykiater. Videre mener vi at helse – i samråd med barnevernet (for eksempel gjennom styringsgruppa for institusjonstilbudet) – bør få bestemme mer fritt hvilken fagbakgrunn personale som er ansatt i HF-et og jobber på institusjonene, skal ha. Det kan også lette på rekrutteringsproblemer. Man bør også jobbe mer med å finne ut av hvordan man kan utnytte den enkelte arbeidstakers kompetanse. Gitt at det har vært store rekrutteringsproblemer, bør en også vurdere hvordan helsestillingene kan gjøres mer attraktive. Og sist, men ikke minst: Ungdommene beskriver at det er veldig mange voksne på jobb samtidig, og de synes det kan være slitsomt. En bør se nærmere på hvor mange ansatte som skal være på jobb til enhver tid og hvordan man kan organisere at voksne er tilgjengelige for ungdommene, samtidig som de er mest mulig "usynlige" når de ikke trengs.

#### **10.10 Hvilke forskjeller ser vi mellom Bodø og Lunde behandlingssentre?**

Det har vært et mål i studien å undersøke eventuelle forskjeller når det gjelder implementering og drift mellom de to institusjonene. Oppsummert ser vi at de fleste av anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa er fulgt, men ikke alle. Det skyldes at de har vært vanskelig å følge på grunn av blant annet rekrutteringsproblemer, og det skyldes bevisste valg om ikke å følge dem.



Forskning viser at i enhver implementering vil det forekomme lokale tilpasninger [54]. Så er også tilfelle i dette pilotforsøket. Vi har vist flere eksempler på dette over. De lokale tilpasningene ser ut til å være spesielt knyttet til ansettelse av helsepersonell. Det er særlig Bodø behandlingssenter som utviser lokal innflytelse og gjør sine tilpasninger til de nasjonale føringene. Lunde holder seg mye tettere opp til anbefalingene. Lokal innflytelse i implementering av et tiltak er i utgangspunktet regnet som en suksessfaktor. Det kan bety større eierskap til tiltaket som skal implementeres og muligheter for å sette sin lokale farge på det. På den annen side kan det være negativt for resultatet. Hvis målet er at flere tilsvarende tiltak skal implementeres, og alle gjør sin lokale vri på dem, betyr det variasjon og at det ikke blir eksakt det tilbudet som opprinnelig var utviklet. Men samtidig, dersom det betyr et bedre, mer egnet tiltak for barn og unge, kan det vanskelig sies å være negativt.

## 11 Avslutning og anbefalinger for eventuelle nye institusjoner

I følgeforskningsprosjektet har vi sett på i hvilken grad det er samsvar mellom hvordan pilotinstitusjonene implementeres og anbefalingene fra den nasjonale prosjektgruppa, og vi har undersøkt ansattes og ungdoms erfaringer med tilbudet. Basert på funnene har vi også undersøkt om det er forskjeller mellom de to pilotinstitusjonene. I diskusjonen over gikk vi gjennom en rekke implikasjoner av funnene. Disse oppsummeres kort i anbefalinger under. Anbefalingene kan betraktes langs et kontinuum som spenner fra mer radikal nytenking omkring samarbeidsmodellen til justeringer av eksisterende modell.

- 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. I tillegg ser det ut som ungdommene når et metningspunkt for behandling. Videre kan det se ut som om fokuset på behandling som metoden innebærer, går på bekostning av hva ungdommene opplever å ha behov for, som opplevelse av mestring, autonomi, trygghet og omsorg.
- Med en stor gruppe ungdommer vil det være behov for ulike terapeutiske tilnærminger, og ikke en begrensning som gjør at man utelukkende skal benytte DBT. 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. Behandlingsfokuset blir veldig sterkt. 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. Alternativt må man skape tilbud som helsepersonell i større grad vil jobbe i.
- 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. Hvis man skal bygge et nytt tilbud, bør det legges større vekt på ungdommenes ønsker og perspektiver og noe mer areal til ungdommenes private sfære. 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. Kunne man hjulpet flere ungdommer i målgruppa ved å organisere tilbudet på en annen måte? Kan man utforske nærmere hvordan ambulante helsetjenester kan jobbe på en tett og forpliktende måte med barnevernsinstitusjonene?
- 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. Ved videre utvikling av et integrert tilbud mellom barnevern og helse for målgruppa bør man ta utgangspunkt i de gode erfaringene de ansatte har gjort seg, samtidig som man tar hensyn til de mindre gode erfaringene ungdommene uttrykker. Målet må være å skape et tilbud som begge grupper opplever som godt.

## Referanser

1. Mandal, R., et al., *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. Delrapport 1. SINTEF-rapport 2019:00226*. 2019, Trondheim: SINTEF.
2. Brager-Larsen, A.T., S. Magnussen & I. Hestetun, *Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud*. Tidsskrift for norsk psykologforening, 2007. **44**(12).
3. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, *Prosjekt Nytt Institusjonstilbud. Endelig prosjektrapport*. 2018, Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
4. Janssens, A. & D. Deboutte, *Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2010. **64**(4): p. 353.
5. Schmid, M., et al., *Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2008. **2**(1): p. 2.
6. Bronsard, G., et al., *The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Medicine, 2016. **95**(7): p. e2622.
7. Jozefiak, T., et al., *Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2016. **25**: p. 33-47.
8. Besier, T., J.M. Fegert, and L. Goldbeck, *Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes*. European Psychiatry, 2009. **24**(7): p. 483-489.
9. Greger, H.K., et al., *Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population*. Child abuse & neglect, 2015. **45**: p. 122-134.
10. Burns, B.J., et al., *Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004. **43**(8): p. 960-70.
11. González-García, C., et al., *Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services*. Children and Youth Services Review, 2017. **73**: p. 100-106.
12. Kayed, N.S., et al., *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*, 2015, Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, NTNU.
13. Lehmann, S. & N.S. Kayed, *Children placed in alternate care in Norway: A review of mental health needs and current official measures to meet them*. International Journal of Social Welfare, 2018. **27**(4): p. 364-371.
14. Arcelus, J., T. Bellerby & P. Vostanis, *A mental-health service for young people in the care of the local authority*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1999. **4**(2): p. 233-245.
15. Heflinger, C.A., C.G. Simpkins, & T. Combs-Orme, *Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody*. Children and Youth Services Review, 2000. **22**(1): p. 55-73.

16. Kjelsberg, E. & P. Nygren, *The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients*. Nord J Psychiatry, 2004. **58**(4): p. 319-25.
17. Egelund, T. & M. Lausten, *Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark*. Child & Family Social Work, 2009. **14**(2): p. 156-165.
18. Helsedirektoratet & Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. 2016, Oslo: Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.
19. Lurie, J. & T. Tjelflaat, *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri I Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak*. 2009, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. Barnevernets utviklings-senter i Midt-Norge.
20. Mount, J., A. Lister, & I. Bennun, *Identifying the mental health needs of looked after young people*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2004. **9**(3): p. 363-382.
21. Repetti, R.L., S.E. Taylor, & T.E. Seeman, *Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring*. Psychological Bulletin, 2002. **128**(2): p. 330-366.
22. Sameroff, A., *A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture*. Child Development, 2010. **81**(1): p. 6-22.
23. Vinnerljung, B., *Fosterbarn som unga vuxna—en översikt av resultat från några nationella registerstudier*. Socialmedicinsk tidskrift, 2014. **83**(1): p. 23-35.
24. Kristoffersen, L. & S. Clausen, *Barnevernsklinter i Norge 1990–2005. En longitudinell studie, 2008*. Rapport nr. 3/08. Oslo: NOVA.
25. Gulliver, A., K.M. Griffiths & H. Christensen, *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. BMC Psychiatry, 2010. **10**: p. 113.
26. Kaasbøll, J. & A.K. Aanonli, *Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner*. SINTEF-rapport A27429 2016. Trondheim: SINTEF.
27. Backe-Hansen, E., et al., *Institusjonsplassering – siste utvei? Betydningen av barneverns-reformen fra 2004 for institusjonstilbudet*, 2011. Rapport 21/2011. Oslo: Fafo og NOVA.
28. Tobon, J.I., G.J. Reid, & J.B. Brown, *Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives*. Community Mental Health Journal, 2015. **51**(8): p. 921-930.
29. Gjertsen, H. & W. Lichtwarck, *Evaluering av det interkommunale barnevernet Ytre Helgeland: kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna og Træna* 2013, Bodø: Nordlandsforskning.
30. Darlington, Y., J.A. Feeney & K. Rixon, *Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers*. Child abuse & neglect, 2005. **29**(10): p. 1085-1098.
31. Johnson, L.J., et al., *Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration*. Exceptional Children, 2003. **69**(2): p. 195-209.
32. Timonen-Kallio, E., *Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: a cross-country study in six European countries*. European Journal of Social Work, 2019. **22**(6): p. 947-960.

33. Chuang, E. & R. Wells, *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, 2010. **32**(12): p. 1814-1822.
34. Barne- og likestillingsdepartementet, *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. NOU 2009: 22. 2009, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
35. Barne- og likestillingsdepartementet, *Ny barnevernslov - Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. NOU 2016: 16. 2016, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
36. Fossum, S., et al., *Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en litteraturgjennomgang*. Tidsskriftet Norges barnevern, 2015. **91**(04): p. 282-297.
37. Hall, *Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers*. Journal of Interprofessional care, 2005. **19**(sup1): p. 188-196.
38. Cooper, M., Y. Evans & J. Pybis, *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, 2016. **42**(3): p. 325-342.
39. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. 2016, Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
40. Bai, Y., R. Wells & M.M. Hillemeier, *Coordination between child welfare agencies and mental health providers, children's service use, and outcomes*. Child abuse & neglect, 2009. **33**(6): p. 372-381.
41. Lurie, J., *Evaluering av "Akutten i Nord-Trøndelag"*. 2017, Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, NTNU.
42. Ådnanes, M., G.M. Dalseng Haugen, & L. Melby, *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern - Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand*. SINTEF-rapport, 2016. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
43. Kaasbøll, J., L. Melby, & M. Ådnanes, *Evaluering av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov"*. SINTEF-rapport, 2017. Trondheim: SINTEF.
44. Tessand, H.S., et al., «Stillasbyggerne»: *Vi må aldri gi opp et barn*. , in *Barn i Norge 2018. Ung og psykisk syk*. 2018, Voksne for barn. p. 20-35
45. Bjurström, P., *Att förstå skolbyggnader*, 2004, Stockholm: Institutionen för arkitektur. Kungliga Tekniska Högskolan.
46. Ryhl, C. & K. Høyland, *Inkluderende arkitektur*. 2018, Bergen: Fagbokforlaget.
47. Kirkeby, I.M., *Skolen finder sted*. 2006, Hørsholm: Statens Byggeforskningsinstitut.
48. Paulsson, J., *Boende och närmiljö för äldre (Housing and the outdoor space for elderly people)*. Stockholm: Stiftelsen Arkus och Arkusföreningen, 2008.
49. Winther, I.W., *Hjemlighed: kulturfænomenologiske studier*. 2006, Århus: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
50. Robinson, J.W., *Institution and home: Architecture as a cultural medium*. 2006, Amsterdam: Techne Press.
51. May, C., et al., *Development of a theory of implementation and integration: normalisation process theory*. Implement Sci, 2009. **4**.
52. Durlak, J.A. & E.P. DuPre, *Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation*. American Journal of Community Psychology, 2008. **41**(3-4): p. 327-350.

53. Mildon, R. & A. Shlonsky, *Bridge over troubled water: Using implementation science to facilitate effective services in child welfare*. *Child abuse & neglect*, 2011. **35**(9): p. 753-756.
54. Greenhalgh, T., G. Robert, and F. MacFarlane, *Diffusion of innovations in service organisations: systematic review and recommendations*. *Milbank Q*, 2004. **82**.
55. De nasjonale forskningsetiske komiteene, *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. 2016, Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.
56. Kainz, K. & A. Metz, *Causal thinking for embedded, integrated implementation research*. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2019. **15**(1): p. 125-141.
57. Mehlum, L. & A.J. Tørmoen, *Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt*. *Suicidologi*, 2014. **19**(3): p. 3-8.
58. Ådnanes, M., G.M.D. Haugen & L. Melby, *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern*. SINTEF-rapport A27731, 2016. Trondheim: SINTEF.
59. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. *Rundskrivnr.: 21/2015. IS-11/2015*. 2015, Oslo: Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
60. Søvig, K.H. & L. Haukanes, *Helsetjenester i barneverninstitusjoner*. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 2017. **15**(01): p. 61-77.
61. Harder, A.T., E.J. Knorth, & M.E. Kalverboer, *Securing the Downside Up: Client and Care Factors Associated with Outcomes of Secure Residential Youth Care*. *Child & Youth Care Forum*, 2012. **41**(3): p. 259-276.
62. Lundström, T., M. Sallnäs, & E. Shanks, *Stability and change in the field of residential care for children. On ownership structure, treatment ideas and institutional logics*. *Nordic Social Work Research*, 2020. **10**(1): p. 39-50.
63. Soenen, B., F. D'Oosterlinck, & E. Broekaert, *The voice of troubled youth: Children's and adolescents' ideas on helpful elements of care*. *Children and Youth Services Review*, 2013. **35**(9): p. 1297-1304.
64. Van den Steene, H., D. van West, & I. Glazemakers, *A multi-perspective exploration of the service needs of adolescent girls with multiple and complex needs*. *Children and Youth Services Review*, 2018. **90**: p. 28-37.
65. Moore, T., et al., *Sticking with us through it all: The importance of trustworthy relationships for children and young people in residential care*. *Children and Youth Services Review*, 2018. **84**: p. 68-75.
66. Barne- og familiedepartementet, *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*, 2019 [1993]. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
67. Barne- og familiedepartementet, *Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (rettighetsforskriften)*, 2012. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
68. Helsedirektoratet, *Selvskadning og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. *Nasjonale faglige råd*. 2017, Oslo: Helsedirektoratet.
69. Moore, T., M. McArthur & J. Death, *Brutal Bullies and Protective Peers: How Young People Help or Hinder Each Other's Safety in Residential Care*. *Residential Treatment for Children & Youth*, 2020. **37**(2): p. 108-135.

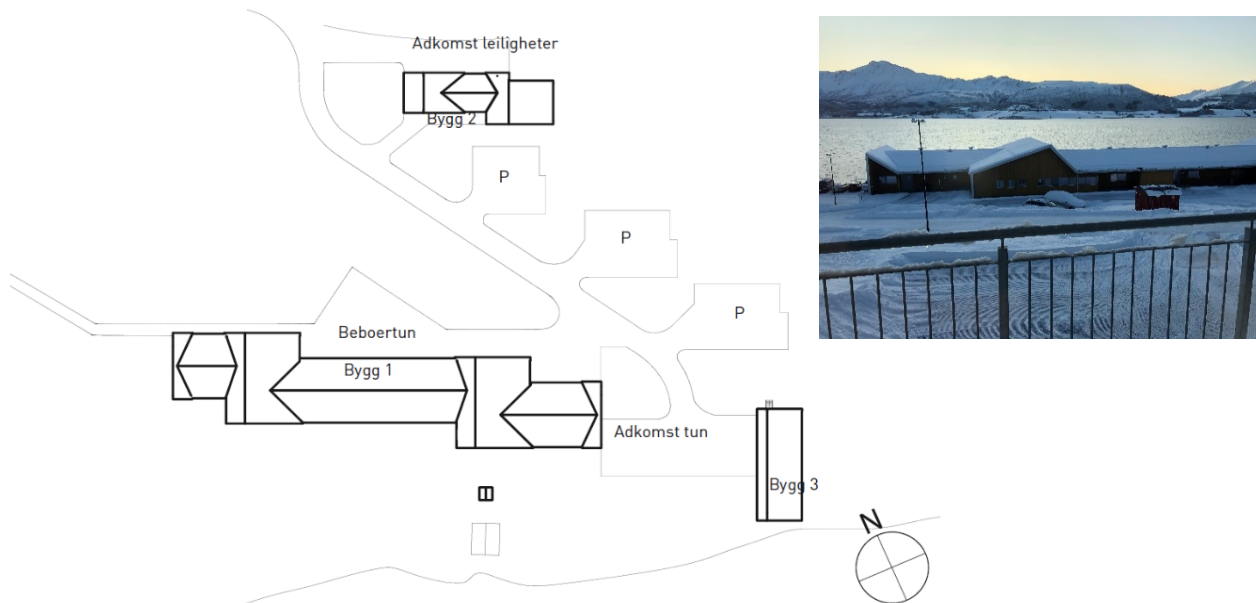
70. Emond, R., *Putting the care into residential care: The role of young people*. Journal of Social work, 2003. **3**(3): p. 321-337.
71. Backe-Hansen, E., et al., *God omsorg i barneverninstitusjoner. NOVA-rapport 12/17*. 2017, Oslo: NOVA.
72. Ulset, G., *Tett på livet i barneverninstitusjon - en eksempelstudie. Rapport 6/2016*. 2016, Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, NTNU.
73. Ulset, G., *Skiftende regler og praksiser i omsorgsmiljøet i en barneverninstitusjon*. Tidsskriftet Norges Barnevern, 2018. **95**(02-03): p. 182-199.
74. Helsetilsynet, *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018 "Barnas hjem. Voksnes ansvar"*, 2019. Oslo: Helsetilsynet.
75. Tøssebro, J., (red.) *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. 2019. Oslo: Universitetsforlaget.
76. Departementene, # *Ungdomshelse - regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021*. 2016: Oslo.
77. Barne- og familiedepartementet, *FNs konvensjon om barnets rettigheter (FNs barnekonvensjon)*, FN/Barne- og familiedepartementet, 1991 [2003]: Oslo: Barne- og familiedepartementet.
78. Helsedirektoratet. *Brukermedvirkning*. 2017 [7.1.2020]: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>



### Forbildeprosjekter

#### Eksemplet Kvæfjord Ungdomssenter, Borkenes i Kvæfjord kommune

Denne oppsummeringen er basert på Statsbyggs presentasjon på nett: ([https://www.statsbygg.no/files/publikasjoner/ferdigmeldinger/690\\_KvaefjordUngdomssenter.pdf](https://www.statsbygg.no/files/publikasjoner/ferdigmeldinger/690_KvaefjordUngdomssenter.pdf)), og intervju og informasjon under omvisning ved Stian Johnsen Presteng, enhetsleder og Egil Kallset, miljøarbeider, samt uformell samtale rundt lunsjbordet med ansatte ved Kvæfjord ungdomssenter. Ingen av ungdommene var til stede under besøket (7.11.2019)



Situasjonsplan. Foto tatt fra bygg 2 (leiligheter) ned mot beboertunet, sjøen og bygg 3 (aktivitetshus).

#### **Bakgrunn**

Opprinnelig var dette Harstad Ungdomshjem, en liten avdeling etablert i 2002 under Lamokollektivet, nå Lamo Ungdomssenter, som holdt til i en gammel enebolig i Harstad. De flyttet et par ganger og økte fra 2 til 4 plasser. Stian daglig leder –siden 2002.

I Lilleheimen bor 4 ungdommer og der er det 2 ansatte på dag, 3 på kveld. I Storheimen bor det 6 ungdommer, og der er det 3 ansatte på dag, 4 på kveld. De ansatte gir uttrykk for at dette oppleves som litt underbemannet når de skal følge opp ungdommene med ulike aktiviteter.

#### **Bygg og fysiske omgivelser**

Anlegget består av en hovedbygning; bygg 1, samt to sekundære bygninger i form av et leilighetsbygg nærmere hovedveien gjennom Borkenes; bygg 2, og et aktivitetshus m/garasje i bygg 3. Hovedhuset har to etasjer. Første etasje rommer boligdelen og har beboelsesrom for 11 ungdommer fordelt på to avdelinger; Storheimen og Lilleheimen (7 + 4 der det bare er 6 + 4 i dag; dvs en beredskaps plass). Det er etablert felles bad for annet hvert rom; to og to deler bad. Ikke hotellstandard, ikke plass for sofa på rommene.

I hver boligavdeling er det dessuten stue, kjøkken, spiserom og arbeidsrom til beboerne, samt soverom til nattevakt. Avdelingene har sitt eget atkomst-/beboertun avgrenset mot landskapet på øvre side av huset. Avdelingene er planløst slik at de kan overlappes hverandre og slik muliggjøre endringer på

## Vedlegg 1: Forbildeprosjekter

størrelsen av disse. For eksempel fra 7 + 4 til 6 + 5 eller 9 + 2. Denne fleksibiliteten gir en driftsmessig fordel i forhold til å imøtekomme stor variasjon i antall og sammensetning av beboere. Kjøkkenet og det store fellesarealet utgjør hjertet i huset. Beboerrommene ligger på hver side av fellesarealet, alle orientert mot fjellet og sjøen. Kjøkkenet har skyvedører i glass som lukkes når nattevakta kommer. Målsetting er rutiner for når de skal være oppe, når de skal spise osv. Hensikten er å skape rutiner og unngå at ungdommene forstyrrer hverandre.



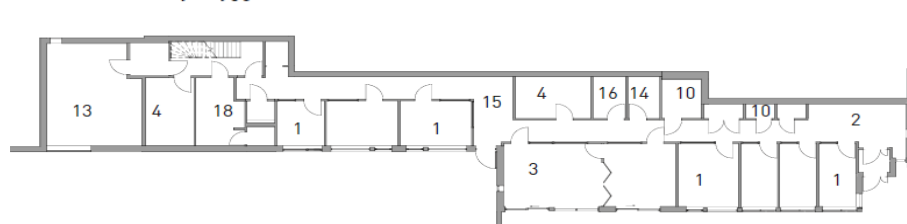
Fellesarealet sett fra gang ved ungdomsrommene i høyre fløy. Fellesarealet sett fra kjøkken. Fotostandpunkt er markert med røde piler på plantegning under.

Plan 1. etasje, bygg 1



- 1 Kontor
- 2 Vente-/møterom
- 3 Møterom/spiserom
- 4 Data/kopi/arkiv/lager
- 5 Garasje
- 6 Vindfang/gang
- 7 Stue/kjøkken/spiserom
- 8 Soverom
- 9 Arbeidsrom
- 10 WC
- 11 Badstu
- 12 Aktivitetsrom
- 13 Teknisk rom
- 14 TV-stue
- 15 Studie/Art
- 16 Samtalerom
- 17 Skjermingsrom
- 18 Tørr/kjølfrys
- 19 Skift/avkleddning
- 20 Heis
- 21 Balkong

Plan underetasje, bygg 1



Underetasjen rommer en administrasjonsavdeling, kontorer, møterom, inngang ansatte og garderober for ansatte og tekniske rom.

## Vedlegg 1: Forbildeprosjekter



Alle spiser felles måltider sammen. Kjøkken og stue er hjemlig, den flotte utsikten og takhøyden er stor. Det eneste som er låst er skuffen med kniver på kjøkkenet. Kjøleskap og matvarelager er kamuflert med ordinære skapdører, innfelt i veggen. Ingen institusjonskjøleskap eller maskiner som kan veltes eller ødelegges. Mange mindre sittegrupper, mindre stuer, en grillhytte ute, terrasse, gymsal/treningsrom, uteaktiviteter gir muligheter for å være færre sammen eller alene, men i sosiale rom.



Rommene er små med plass for seng, skrivepult og skap innfelt for å unngå hærverk. Skapnisjene som er innfelt gir en liten nisje for døra inn til hvert ungdomsrom slik at ikke døra slås rett ut i gangen, men at det blir en liten innhuk til privat rom.



Ved inngangen for ungdommene er det takoverdekket inngangsparti, et lite vindfang, skift/avkleddningsrom/garderobe og et skjermingsrom rett innenfor døra. Ved behov kan en ungdom som kommer hjem ruset eller er utagerende i fellesarealet tas inn der. Døra er åpen, men kan ikke barrikaderes innenfra (det kan ingen av dørene) Dette rommet har kun en seng.

Ved siden av døra er en stor plakat med FNs barnekonvensjoner i glass og ramme.

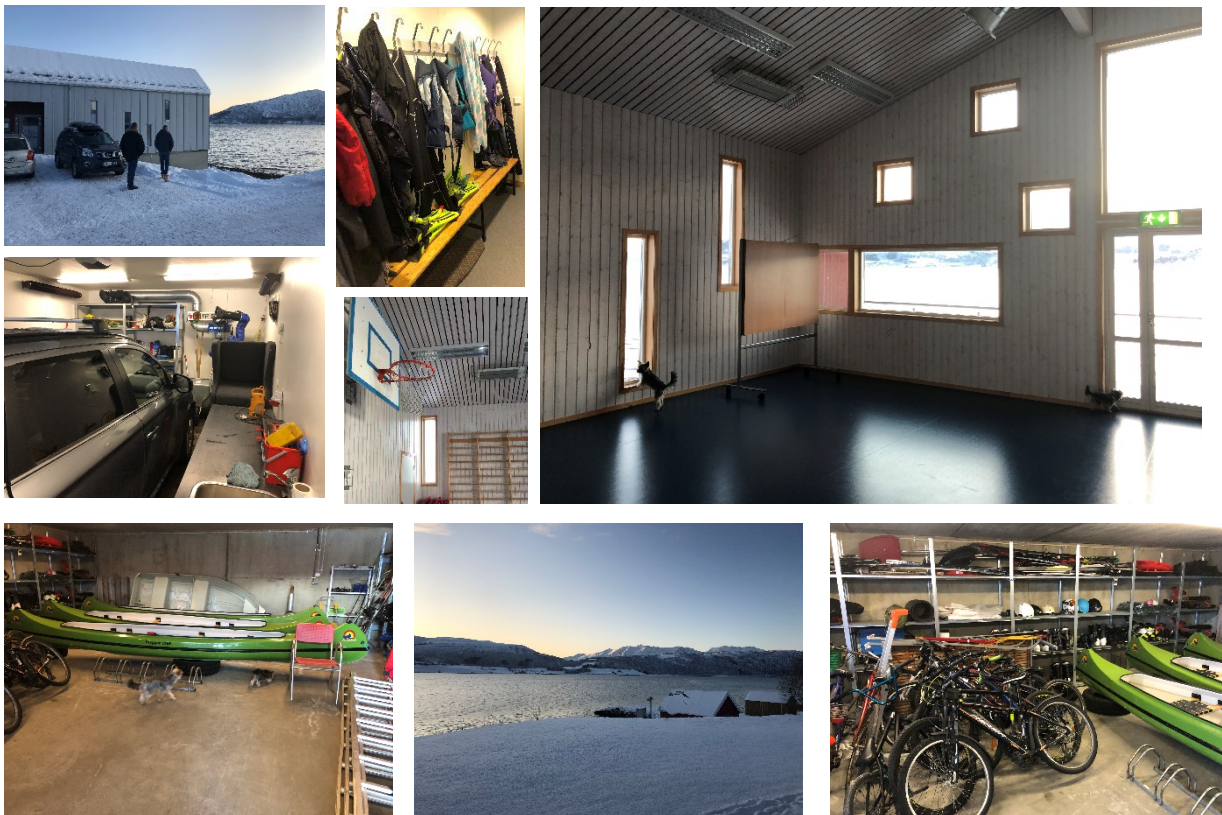
Leilighetsbygget er plassert helt oppe ved hovedatkomsten i nord og har sitt eget lille atkomsttun. Det er innredet med to leiligheter med inngang oppover mot Borkenes, men med utsikt ned mot ungdomssenteret og sjøen og fjellene, hver med sin egen inngang samt eget kjøkken og oppholdsrom. Dette var i utgangspunktet familiehjem der familier kunne bo og få veiledning og med ansatte i underetasjen. Det tilbudet er falt bort, nå er leilighetene forbehold ungdommer som skal introduseres til egen bolig. Leiligheten er litt stor for en ungdom, med to soverom, slik at de får et litt feil bilde av hvordan de vil komme til å bo når de flytter ut fra Kvæfjord Ungdomssenter. Underetasjen står tom.



## Vedlegg 1: Forbildeprosjekter



Aktivitetshuset er et eget hus nede ved sjøen. Det har eget treningsrom/gymsal og garderober med badstue som ungdommene disponerer. Badstuen er lite i bruk. Garasje/verksted er også en del av aktivitetshuset og her har beboerne mulighet til å arbeide på egne prosjekter (Bilmekking etc – men mangler ansatte med denne kompetansen). Huset ligger helt ned mot sjøkanten og er gitt en form som kan assosieres med et båtnaust.



I underetasjen er det båtopptrekk, og her finnes båt, flere kanoer og utstyr for fiske, skikjøring, snorkling, sykling mm. Ungdommene styrer selv hva de har lyst til å gjøre og de ansatte har egne garderober i bygg 1 underetasje (ansattes areal) der de har klær og utstyr for å være med ungdommene på aktiviteter; det være seg skikjøring på en mandag kveld, snorkling på en onsdag, eller fisketur på en lørdag. Det som kan være begrensende er tilgang på nok ansatte slik at ungdommene kan komme seg avgårde på aktiviteter. Ellers er det bare ungdommene selv som styrer hva de har lyst til å gjøre.

### ***Konstruksjon og materialbruk***

Alle tre bygninger er gitt et sterkt visuelt slektskap i både form- og materiallikhet og samler med dette anlegget til et helhetlig uttrykk. Et av de mest karakteristiske og enhetlige trekkene ved bygningene er takformen. Et rikt samspill mellom forskutte saltak, saltak og pulttak bryter visuelt ned og reduserer bygningsmassen som volum og gir sammen med et formmessig slektskap god tilpassing til eksisterende boligstrukturer. Takene er kledd med stålplater og består av en kombinasjon av sperre og takstoler.

Taksperrene er anvendt for å gi større romhøyde og gjenkjennelse av takformen som en del av interiøret. Takstolene hviler på bærende yttervegger av bindingsverk i kombinasjon med murte sokkeletasjer. Bindingsverket er kledd utvendig med impregnert låvepanel og er oppbygd med 15 cm isolasjon med dampspærre og innvendig påføring på 5 cm og kledd med gips i kombinasjon med ferdigmalte plater. Innvendige vegger i oppholdsarealer og soverom består også av en kombinasjon av ferdigmalte plater og gips og er gjennomgående malt hvite. Samtlige bad er fliskledd både på gulv og vegger med enkelte kontrastvegger i sterke farger. Det er anvendt en del innvendige glassfelt for å øke den visuelle kontakten og derav kontrollen på tvers av oppholdsarealer. Glassfeltene er armert slik at de ikke gir knusningsskader. Alle tak i boligdelen har fast gipshimling, mens kontordelene har fått demonterbar t-profilhimling. Dørene er utført i høytrykkslaminat. Det er anvendt linoleum på gulv i kombinasjon med vinyl i områder med risiko for vannbelastning. Gulvene er brukt som virkemiddel til å bringe farger og variasjon inn i interiøret og bidrar med dette til å gi interiøret et mer uhøytidelig, lekent og ungdommelig tilsnitt.

Innredning og plater brukt i interiør er designet for å tåle et spark eller fem, samt utskiftbare. Lilleheimen har nylig gjennomført en oppgradering etter episoder, og i tillegg fått en utbedring etter en fuktskade på kjøkken.

### ***Bygning, nabolag og hva bygget representerer***

Kvæfjord ungdomssenter ser langt fra ut som en vanlig bolig. Det er vanskelig å skape en institusjon som er bolig og arbeidsplass for mange mennesker slik at det ser ut som en ordinær bolig. Leder sa at ungdommene sjelden tar med seg venner "hjem" dit da de opplever det stigmatiserende å bo på en institusjon, men det hender, og de ansatte skulle gjerne sett at de oftere tar med venner hjem.

Nabolaget består av eneboliger, et rekkehus på oversida med mange eldre (omsorgsboliger) I Kvæfjord har de tradisjon for innbyggere med litt ulike utfordringer, da det også er en institusjon for psykisk utviklingshemmede her. Da de begynte prosessen med å planlegge en barnevernsinstitusjon her fryktet de protester fra nabolaget, men det kom ikke.

### ***Når vi skulle bygge nytt ....***

Målsetting: Tilpasset den driften som er, oversiktlig bygningsmasse, ungdomsrommene - brukte tid på utforming og hvor de ligger i bygningsmassen. Mye krav til dokumentasjon, krav på å være tilgjengelig-kontor i fellesarealet. Umiddelbar nærhet til ekstra personell ved behov; naboavdelingen.

Rom og flyt mellom rom: Ungdomsrommene ikke så store, ikke bad, ikke hotellstandard, ikke egen stue; skal være en trygg base når ungdommen vil være alene, men interaksjonen med de andre er det viktigste. Derfor er fellesarealene store og består av ulike typer fellesareal, flere soner, der noen kan se på tv, noen kan spille spill, noen kan lese avisen. Lekseareal/ kreativt verksted/ maling tegning har et oppsving i bruken før jul; juleverksted. Samtalerommet (ett på hver av de to avdelingene) er lite og kanskje litt tett, men med stor takhøyde og kontakt med himmellyset. Tavle på veggen for visuell kommunikasjon.

De ansatte er enige om at de synes å ha klart å oppnå gode rom; takhøyde, luft, utsikten, bruk av vinduer. Det er lite hærverk, vært episoder i korte perioder, men stort sett gått bra.

**Lokalisering og utsikt, sanseopplevelser** av å bo så tett på naturen og elementene: Alle ungdomsrommene og fellesareal har utsikt mot sjøen, himmelen og fjellene. Informantene i intervjuet

tror det har betydning at når ungdommene våkner eller når de sovner så hører de bølgeskulp, måkeskrik, en båt som tøffer forbi, ser fjellene og sjøen, ulike lyssettinger, ulike farger med årstidene:

*Vi voksne snakker ofte om det at det må da ha en betydning, men når jeg tenker etter så er det kanskje for ungdommene mer ubevisst at de preges av det; men at det har betydning, at omgivelsene spiller inn på hvordan man har det.. – det er jeg helt sikker på! Det er underkommunisert og kanskje forsket for lite på hvor stor betydning bygningsmassen har for det miljøterapeutiske.*

### **Mangler - hva ville vi gjort annerledes i dag**

*Litt for lite og for små møterom; vanskelig å se på tegningene hvor store de var da vi planla.*

Enhetsleder ved Kvæfjord ungdomssenter mener at modellen som nå prøves ut kan implementeres på Kvæfjord ungdomssenter slik bygget er nå og tror modellen ville vært bedre for ungdommene som nå kastes fram og tilbake mellom psykiatri og barnevern:

*Tror jeg ville gått bra; kjenner Bodø og Lunde godt.*

*Utfordringen hos oss med dagens modell; Mange ungdommer har et poliklinisk tilbud i Harstad, de ungdommene som har det største behovet, har også størst motstand mot å benytte det polikliniske tilbudet. Når det da blir en akutt situasjon; selvskading, selvmordsfare osv, er det Universitetssykehuset i Tromsø de bringes til. Når den faren anses som over, kommer de tilbake hit. Det er jo nettopp det den modellen som nå prøves ut i Bodø og Lunde skal motvirke; at ungdommene kastes mellom barnevern og psykiatri og tilbake igjen. Jeg kjenner ikke den modellen 100 % men jeg har inntrykk av at det er det å ivareta ungdommenes behov for barnevern og psykisk helsehjelp under samme tak.*

### **Suksesskriterier i Kvæfjord sett fra enhetsleder og miljøarbeiders perspektiv**

*Ble tatt med i prosessen fra dag 0. Fikk til et godt samarbeid. Vært rundt i egne og andre regioner for hente erfaringer. Statsbygg, arkitekten var veldig lydhør. Resultatet ble likt det vi ønsket oss. Kanskje ville vi i dag sett behovet for større møterom og mere differensierte møterom (for skype-møter etc) som for eksempel:*

- *Tekniske nyvinninger; adgangskontroll – for 10 år siden var det andre løsninger og annet behov. Alle (også ungdommene) har nøkkel.*
- *Trådløst nett og hensiktsmessig styring- at ikke ungdommene har tilgang hele døgnet.*

### Eksemplet Kerteminde barnehjem i Kerteminde kommune Danmark, "Villaen"

Denne oppsummeringen er basert på informasjon fra to rapporter:

- "Sociale Mursten. Seks eksempler på arkitektur som gjør en forskel for socialt utsatte"
  - "Vores hjem. Børnenes stemme. Inddragelse af børn og unge i udviklingen af nyt børnehjem i Kerteminde" (Om brukermedvirkningsprosessen)
- samt befaring og intervju med Bettina B. Andersen, Pedagog/ Faglig koordinator ved Villaen. (18.juni 2019)

Villaen i Kerteminde er et behandlingstilbud for barn og unge fra 0-23 år med 17 faste behandlingsplasser. Barnehuset er for beboere fra 0-16 år, i ungdomshuset 16-23 år. De unge bor der gjennomsnittlig 2,5 år. Målgruppen er barn, unge og deres foreldre med adferdsmessige, sosiale og psykiske utfordringer.

Lovgrunnlaget i Danmark for anbringelser av barn og unge utenfor hjemmet er Serviceloven, § 52 (frivillige anbringelser) og § 58 (tvangsanbringelser). I 2015 var i alt 11.049 barn anbragt utenfor hjemmet i Danmark, dvs ca 1 prosent av alle barn. Herav er cirka 80 prosent anbragt i fosterhjem og 20 prosent på døgninstitusjoner – sistnevnte tilsvarende 2.209 barn.

#### Kort fra brukerinvolveringsprosessen i Kerteminde

Det ble trukket inn kunnskap, ideer og visjoner fra barn og de unge på det eksisterende barnehjemmet, dette ble så brukt til informasjon til de arkitekter som skulle tegne huset. Gjennom film, tegninger rollespill klosser og lek er drømmene ønskene og frustrasjonen blitt hørt. Til sammen ble det grunnlaget for visjonen fremtidens barnehjem.. "det flotteste hus på vegen" Det er laget et hefte som beskriver hva prosessen betød for barna og de unges utvikling av eierskap og stolthet.

En rekke ulike faggrupper samarbeidet over en lang periode for å få skapt "fremtidens børnehjem". Det var en lang og omfattende prosess. Bakgrunnen for prosessen var blant annet en undersøkelse gjennomført av SFI der man spurte 11-17 åringer som er bosatt utenfor hjemmet, en undersøkelse som viser at de fleste gjennomgående har det godt, men at svarene til barn i døgninstitusjoner skårer lavere på flere punkter. De opplever i mindre grad at de bor et sted som oppleves som trygt harmonisk og hjemlig. Barnehjemmene var institusjons lignende og selv barnas egne værelser opplevdes ikke som trygt av barna. Et sentralt spørsmål ved å sette i gang prosessen ble derfor "Hva oppleves som trygt og hjemlig"? I Kerteminde mener de at prosessen i seg selv har ført til at både barn/unge og de ansatte har mer eierskap til huset. Personale sier dessuten de bruker innspill og perspektiver fra prosessen i sitt daglige arbeid. De mener det har blitt et hus som kan tilpasses ulike behov. I en tid der flere barn og unge "familie anbringes", ser man at huset også er godt egnet til mere familiearbeid.

Barn og unge som bor i Villaen har alle bagasje med fra hjemmet i form av vold, misbruk og kriminalitet, dermed følger også store psykiske og sosiale problemer. Noen kan bo der i flere år, mens andre bor bare en kort periode på veg til et fosterhjem. (gjennomsnitt 2,5 år) Generelt kan man si de har mange negative og lave forventninger både verden og de voksne. Alle de ulike aktørene som har deltatt, mener at det har gitt ny innsikt som igjen har påvirket de løsningene som er valgt.

*Et eksempel: Det var planlagt automatisk slukking av lys på toalett ganger osv.. Forestill deg at du har nylig flyttet hjemmefra, du er redd og stresset. Du går på toalettet som er et trygt sted hvor du*

*kan låse, plutselig slukker lyset og du er omsluttet av mørke. Dette kan framtvinge angst og redsel. Fordi arkitekt og byggherre tok seg tid til å lytte på denne typen historier, har man unngått mange uheldige løsninger.*

Barn (opp til 15), unge (16-21), medarbeidere på barnehjemmet, foreldre og ledelsen deltok alle i prosessen. Barna/ de unge hadde et lite bevisst forhold til hvordan rommene i huset var organisert.. Kunsten var derfor å lage en brukermedvirkningsprosess som satte barna i høysetet uten å glemme de andre viktig perspektivene. Ansatte forteller at etter prosessen "hadde vi med oss barnas stemme.. i hodet", selv om vi også så over alle de praktiske tingene. Kommunikasjonsbyrået som laget filmene, ga uttrykk for at de håpet at denne prosessen kan gi andre inspirasjon til å lytte til denne gruppen brukere. Ja i det hele tatt lytte til alle brukergrupper som ikke har noen tydelig stemme i utviklingen av nye tilbud.

Et sentralt spørsmål som ble stilt var hva er "hjemmets" kjerne!

*" Lukt er viktig, det må være et kjøkken der man kan sitte rundt, snakke mens man lager mat fra bunnen av. I villaen skal kjøkkenet være plassert i midten, i en kjerne i huset. Og så er det en energisk matmor der. Det er stedet hvor det er ferske rundstykker og en voksen som står i ro og mak og smører dem, mens hun lytter. Det er på kjøkkenet man kan snakke om de ting som er vanskelig. Det er på kjøkkenet man kan være stille, mens matmor skreller og kutter grønnsaker. Alt dette har betydning, sammen med at den helt riktige voksne som har tid og ro.. sånn blir det et kult kjøkken! " (fra visjonsprogrammet)*

Villaen ligger i dag omkranset av en stor hage som også er et av resultatene fra brukermedvirkningen. Det er en hage barna kan vise sine venner. En hage hvor de kan være ville, men som også har mer halvprivate soner. Ute har alle barna og de unge fått velge et tre og plantet det. En av gutta valgte et japansk kirsebær tre med hvite blomster. Han gledet seg over å kunne se frem til blomstringen og over tanken på å kunne kjøre forbi med sin egen familie en dag for å vise dem huset han har vært med å skape og det treet han har plantet.

Fra prosessen understrekes det at det var avgjørende at barna fikk anledning til å reflektere over deres eget liv, og reflektere over hva som var viktig for dem i forhold til rammer og innhold i deres kommende bolig. Det ble brukt mange ulike metoder og verktøy som appellerte til dem og ga dem mulighet for å formulere deres ønsker og behov i deres eget språk. De tegnet sine egne bilder av hvordan husets innredning kunne være. De bygde rom og fellesrom opp med klosser. Det var et viktig supplement til filmmediet, at barna fikk mulighet til å formulere seg via andre metoder. Mange av barna har opplevd mange skiftende voksenkontakter. For mange var det slett ikke så lett å sitte å snakke om tingene. Det var derfor viktig å gi barna alternative uttrykks måter. Viktig å skape trygge rom, samt få en forståelse av hva som er viktig for dem i hverdagen.

Av de tre punktene som ble styrende for utformingen var visjonene "mere hjem", "større stolthet" og "flere felleskaper". Dette har styrt løsningen som er valgt. Kerteminde Kommune har ikke foretatt noen systematisk før- og etter evaluering. Men erfaringene fra tidligere botilbud (i døgninstitutionen Dyrehaven og ungdomsboligerne Hyblerne) kan sammenlignes med den nye institusjonen. I rapporten (Sosiale murstein) kommer det frem at både ledelsens og ansatte har klare oppfatninger, om at det med det nye huset er skjedd en positiv utvikling på blant annet følgende parameter:

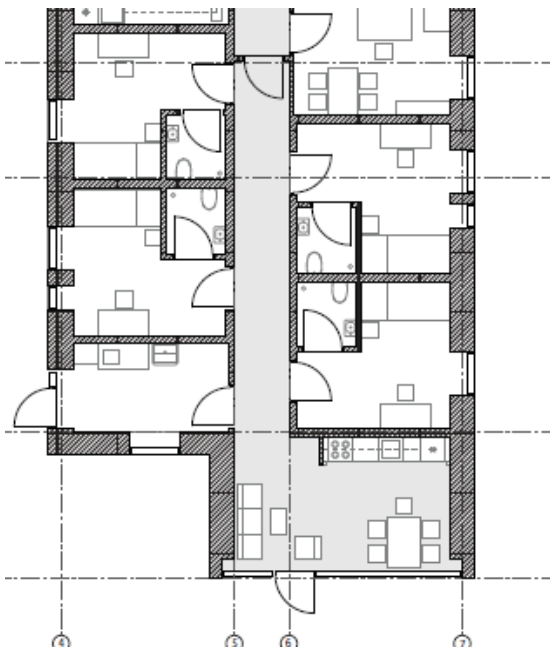
- Muligheter for foreldrene til være foreldre, selv om de kun mestrer det i begrenset omfang.
- Muligheten for å støtte barna og de unges nære sosiale relasjoner til tross for midlertidig opphold.



## Vedlegg 1: Forbildeprosjekter

- Større suksess med å Villaens barn og unge fortsetter i skolen.
- Større suksess med å at Villaens barn og unge deltar i fritidsaktiviteter.
- Bedre trivsel, færre konflikter, mindre stress i hverdagen.

Ut fra målsettingen om flere felleskaper er de minste enhetene relativt små og tette bo-grupper. De erfarer at de små enhetene skaper ro, fordi det helt enkelt er færre mennesker å forholde seg til for både beboere og personale. Dette sammen med tilstedeværelsen av personale ute i bogrupper bidrar positivt. Det er et mål at personalet skal være tilgjengelige hele døgnet og holde øye med brukerne på en måte som oppleves som trygt, men ikke som overvåkning. Det handler om naturlig tilstedeværelse i fellesrommet. Med en romlig organisering av huset i flere mindre enheter, betyr det, at personalet er nødt til å være spredt ut i bygningen for at kunne være til stede på de forskjellige avdelinger. (Selv om dette også kan være en utfordring med en begrenset personalenormering.)



*Bogruppe for 4 barn. Alle har eget rom med bad. Liten felles stue og kjøkken.*



## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *"Erfaringer med å bo på ny type institusjon"?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvordan det er for barn og unge å bo på en barnevernsinstitusjon og samtidig få psykisk helsehjelp. Det overordnede prosjektet heter "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." I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi skal sammenfatte erfaringene barn og unge har med institusjonstilbudet. Kunnskapen skal vi formidle videre til myndighetene som bestemmer hva slags tilbud barn og unge skal få.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

SINTEF er ansvarlig for prosjektet, som gjennomføres i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning. Vi gjør prosjektet på oppdrag av Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir).

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i et intervju fordi du i dag bor på en barnevernsinstitusjon der du samtidig får psykisk helsehjelp. Alle barn og unge som bor på en sann type institusjon får tilbud om å være med på prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i prosjektet betyr å være med på et intervju som vil gjøres av en-to forskere fra forskningsgruppen. Intervjuet vil ta 30-60 minutter og vil bli gjort på institusjonen. Vi vil gjøre lydopptak av intervjuet. Vi vil spørre deg om:

- Hvordan har du fått være med å påvirke det tilbudet du får?
- Hva synes du om den hjelpen og oppfølgingen du får?
- På hvilken måte er dette tilbudet forskjellig fra andre tilbud du har fått før?
- Hva synes du om hvordan rommene og omgivelsene er?

Hvis du vil, kan dine foresatte få se intervjuguiden så de vet hva vi skal snakke om.

#### **Det er frivillig å delta**

En av de ansatte på institusjonen spør deg om du vil delta på et intervju med en forsker. Før du eventuelt sier ja, vet ikke forskerne hvem du er og har ingen opplysninger om deg. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke den oppfølgingen og behandlingen du får på institusjonen om du sier nei til å være med på intervju.

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektgruppen ved SINTEF og NTNU Samfunnsforskning vil ha tilgang til lydfilene med intervjuene. Lydfilene oppbevares på lukket server hos SINTEF. Intervjuene vil bli skrevet ut (transkribert) og utskriftene vil bli anonymisert. Filene med intervjuutskriftene vil bli beskyttet med brukernavn og passord, slik at bare prosjektdeltakerne har tilgang til dem. Navneliste med kontaktopplysninger på de som har blitt intervjuet holdes adskilt fra lydfilene.

Datamaterialet fra intervjuene inngår i et større datamateriale som skal brukes til å skrive totalt tre rapporter til oppdragsgiver, Bufdir.

### Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Lydopptak slettes ved prosjektslutt.

### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra SINTEF har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- SINTEF ved prosjektleder Line Melby, e-post: [line.melby@sintef.no](mailto:line.melby@sintef.no), telefon: 402 24 525,
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Line Melby, seniorforsker  
Prosjektansvarlig

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Erfaringer med å bo på ny type institusjon" som er en del av "Følgeforskning 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", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

### **"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"?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente kunnskap om etablering og drift av de to første omsorgs- og behandlingstilbudene som etableres i Norge for barn og unge med behov for varig omsorg og psykisk helsehjelp utenfor hjemmet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Målene med prosjektet er å:

1. Vurdere om grunnlaget for etablering av de to institusjonene er tilstrekkelige for å sikre god implementering og drift. Vi skal innhente informasjon om hvordan forberedelsene i oppstart av institusjonene har vært og hvordan implementeringen har vært lagt opp
2. Identifisere svakheter og styrker ved prosjektets implementeringsstruktur. Vi skal undersøke i hvilken grad det er samsvar mellom føringer gitt av nasjonalt prosjekt ("Bedre helsehjelp til barn i barnevernet") og praksis i etableringen og driften av institusjonene.
3. Sammenfatte erfaringer med institusjonstilbudet fra ansvarlige for drift av institusjonene, fra ansatte ved institusjonene og barn og unge som bor på institusjonene.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

SINTEF er ansvarlig for prosjektet, som gjennomføres i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning. Prosjektet gjennomføres på oppdrag av Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir).

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i et intervju fordi enten har deltatt i planlegging og implementering av et institusjonstilbud og/eller er ansatt ved en av institusjonene.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i prosjektet innebærer å være med på et intervju som vil gjøres av en-to forskere fra forskningsgruppen. Intervjuet vil ta 45-60 minutter og gjøres enten ansikt til ansikt eller på telefon, ut i fra hva som er mest praktisk for deg. Vi vil gjøre lydopptak av intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektgruppen ved SINTEF og NTNU Samfunnsforskning vil ha tilgang til lydfilene med intervjuene. Lydfilene oppbevares på lukket server hos SINTEF. Intervjuene vil bli transkribert og transkripsjonene vil bli anonymisert. Navneliste med kontaktopplysninger på informantene holdes adskilt fra lydfilene. For enkelte personer som har hatt ledende roller i utformingen av det nye institusjonstilbudet kan det likevel være mulig for de som er kjent med prosjektet å gjenkjenne informanten. Om du har hatt en slik rolle og vurderer at du kan bli gjenkjent, vil du få tilbud om sitatsjekk og å godkjenne teksten før den publiseres.

Datamaterialet fra intervjuene vil brukes til å skrive totalt tre rapporter til oppdragsgiver, Bufdir.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Lydopptak slettes ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra SINTEF har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- SINTEF ved prosjektleder Line Melby, e-post: [line.melby@sintef.no](mailto:line.melby@sintef.no), telefon: 402 24 525,
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Line Melby, seniorforsker  
Prosjektansvarlig

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "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", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at jeg kan være gjenkjennbar i publikasjoner fra prosjektet gjennom min rolle. Jeg får tilbud om sitatsjekk dersom det er en sjanse for at jeg blir gjenkjent

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 31.12.2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### TEMAGUIDE – BEBOERE I INSTITUSJON

*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 → Kortform: "Erferinger med å bo på ny type institusjon"*

#### Innledning

- Informasjon om studien, personvern

#### Bakgrunnsopplysninger

Om informanten: alder, tidligere erfaringer med barnevern og å bo på institusjon. Tidligere erfaring med å motta psykisk helsehjelp

#### Dine erfaringer

- Fortell om en "vanlig dag"
  - Hva slags aktiviteter? Skolegang?
  - Hvordan er hjelp fra sykehuset/psykologhjelp organisert? Hvordan synes du det fungerer?
- I hvilken grad opplever du at de får medvirke i utformingen av tilbudet de får?
- Hva synes du om de fysiske omgivelsene på institusjonen? Opplevs den som et hjem? Hva er bra, hva er dårlig?
- Hva synes du generelt sett om den oppfølgingen du får?
- På hvilken måte er oppfølgingen du nå får forskjellig fra annen oppfølging du tidligere har mottatt?
- Hva ønsker du deg mer/mindre av? Hvordan kan event tilbudet bli bedre?

Takk for at du ville snakke med oss!



### TEMAGUIDE – ANSATTE

*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*

#### Innledning

- Informasjon om studien, personvern

#### Bakgrunnsopplysninger

- Om informanten: Utdanning, stilling og rolle i institusjonstilbudet

#### Erfaringer fra institusjonen i daglig drift

Hovedsakelige til **ansatte** i institusjonene:

- Fortell i overordnede trekk om hvordan dagen er organisert
  - Hva er dine sentrale arbeidsoppgaver?

#### Om ungdommene som bor på inst. (målgruppe)

- Hvordan foregår inntaksprosessen?
  - Hva la man vekt på ved inntak?
  - Samtaler med ungdom i forkant for å diskutere motivasjon for behandling?

#### Samarbeid barnevern-helse (integrasjon av tjenester?)

- Hvordan jobber ansatte fra barnevern og helsepersonell konkret sammen? (teamorganisering, møter, kompetanseutveksling etc.)
- Opplevelser med tverrfaglighet og samarbeid?
  - I hvilken grad har det nye institusjonstilbudet ført til økt kunnskap på tvers om hverandres ansvarsområder og fagkunnskap?
  - Styrkes samarbeidet mellom de to fagfeltene?
- I hvilken grad opplever du at helse og barnevern får lik plass i tilbudet? (Opplevs det nye institusjonstilbudet som en "helsesatsing innen barnevernet"?)
- Hva slags arbeidsrutiner er utviklet – og anvendes – ved de to institusjonene mtp å skape et enhetlig tilbud?
- Erfaringer med DBT?

### **Erfaringer med/effekter av det nye tilbudet**

- Opplever dere at samarbeidet bidrar til mer virkningsfulle tjenester for brukerne – i tilfelle på hvilken måte?
- Noe som har overrasket dere etter at ungdommene har flyttet inn?
- Noe som fungerer særlig godt? Eller mindre godt?
- Hva er erfaringene med bygget/omgivelsene: hvordan fungerer disse når det gjelder sikkerhet, trygghet og "hjemlighet" for beboere og ansatte?

### **Ungdoms medvirkning**

- Hvordan ivaretas ungdoms medvirkning i eget tjenestetilbud?
- Hvordan responderer ungdommene på DBT/arbeidsmetodikken?
- Hvordan får ungdommene informasjon om hele forløpet?

### **Flytting fra inst./videre forløp**

- Hvordan planlegger dere forløpet til ungdommen?
- Når starter forledelse til utflytting/hvordan? Hvem samarbeider dere med?
- Har dere tanker om hvor lenge ungdommene skal bo på inst.? (og hva tenker ungdommen om det selv?)

### Spørsmål intervjuer nytt inst.tilbud – oppfølging av ansatte jan-feb. 2020

- Hva betyr "skulder ved skulder" for deg?
- Kompetansebyggende tiltak: hvordan jobber dere med å oppnå en felles kultur/tankesett/arbeidsmetodikk? Både på tvers av inst og på tvers av helse og bv
- Helsestillingene: Hvordan skal man best benytte helsestillingene?
- eller: Hvordan opplever du som helsepersonell at du får utnyttet din kompetanse i inst?
- Hvordan jobber dere med belønning av ungdommene? Når slutter man med belønninger? Hva slags atferd blir belønnet? Vurderinger rundt hva som skal belønnes?
- Samarbeidet med kommunalt barnevern – hvordan fungerer det?
- Hvordan jobber dere med tilbudet og oppfølgingen til ungdommen i etterkant av oppholdet?
- Unge med minoritetsbakgrunn; vil denne modellen passe for dem? passer den for alle?
- Har alder på ungdommene noen betydning for hvorvidt behandlingsopplegget fungerer etter intensjonen?
- Botid: erfaringer med hvor lenge det er gunstig for ungdommene å bo på inst?
- Voksnetthet: hvordan opplever dere antall voksne sett opp mot antall unge?
- Hvordan opplever dere balansegangen mellom behandling og omsorg?
- Hvis du skal sette ord på hva denne institusjonen er, hva vil du si?

# Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp

## SLUTTRAPPORT

Denne rapporten oppsummerer resultatene fra pilotprosjektet "Nytt institusjonstilbud".

Prosjektet ble opprettet ut fra ønsket om å bedre den psykiske helsehjelpen til barn og unge i barnevernet. Det er godt dokumentert at barn og unge i barnevernet har høy forekomst av psykiske plager og lidelser. Samtidig tyder forskning på at helsetilbudet til denne gruppa er utilstrekkelig.

Vi har fulgt de to pilotinstitusjonene Bodø behandlingssenter og Lunde behandlingssenter mens de prøvde ut en ny samhandlingsmodell hvor helse og barnevern skal jobbe under samme tak, på en integrert måte.

I sluttrapporten bruker vi kunnskapen vi har fått gjennom hele prosjektperioden til å forstå og fortolke erfaringer med institusjonene i drift.