

Institutt for sosialfag, Fakultet for samfunnsvitenskap

«Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk»

**Om håndtering av rusutfordringer blant unge i
barnevernsinstitusjoner i Barne- og familieetaten, Oslo Kommune**

Ragnhild Fugletveit

Dagny A. Johannessen

Kirsti K. Valset

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



«Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk»

Om håndtering av rusutfordringer blant unge i barnevernsinstitusjoner i Barne- og familieetaten, Oslo Kommune

Ragnhild Fugletveit

Dagny A. Johannessen

Kirsti K. Valset

Institutt for sosialfag, Fakultet for samfunnsvitenskap

CC-BY-SA versjon 4.0

OsloMet Skriftserie 2026 nr 1

ISSN 2535-6984 (trykt)

ISSN 2535-6992 (online)

ISBN 978-82-8364-730-3 (trykt)

ISBN 978-82-8364-731-0 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet

Universitetsbiblioteket

Skriftserien

St. Olavs plass 4,

0130 Oslo,

Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:

Postboks 4, St. Olavs plass

0130 Oslo

Godkjent for publisering av Marianne Rugkåsa, faggruppeleder ved
Institutt for sosialfag

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på
coveret

Forord

OsloMet har på oppdrag fra Barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune gjennomført et forskningsoppdrag om håndtering av rusutfordringer blant unge i barnevernsinstitusjoner. Det overordnende målet med forskningsprosjektet har vært å utvikle kunnskap som barnevernsinstitusjonene kan bruke til å utføre sitt arbeid på mest mulig hensiktsmessige måter ovenfor unge som har rusutfordringer.

I arbeidet med å gjennomføre forskningsoppdraget er det mange som skal takkes. En særlig stor takk må rettes til informantene som har stilt opp og delt av sine erfaringer, både innad i BFE og fra bydelsbarnevernet. En spesiell takk til Hanna Breistrand og Karl Kristian Larsson i BFE, som har bidratt med viktige innspill og oppfølging underveis i forskningsoppdraget.

En stor takk til referansegruppen som har bestått av Heidi Hansen ansatt i Velferdsetaten, Oslo Kommune, Kathrine Haarstad ansatt i Helsetilsynet og Fride Behrentz Færevaa, ansatt i Kriminalitetsforebyggende seksjon, SaLTo-sekretariatet. Takk for viktige innspill og kommentarer underveis i prosjektperioden. Kommentarene har vært konstruktive og nyttige for forskningsoppdraget.

En stor takk til kollega Kjetil van der Weel, ved Institutt for Sosialfag, OsloMet, som har lest, kommentert og kvalitetssikret hele rapporten. Dine kritiske innspill og forslag til forbedringer har vært nyttig for oss i slutfasen av forskningsoppdraget.

Spesielt takk til universitetsbibliotekarer Tordis Korvald og Birgit Camilla Thorvik ved OsloMet, som har bistått med det systematiske litteratursøket til forskningsoppdragets dokumentanalyse.

Prosjektgruppen har bestått av forskere fra OsloMet. Rapporten er tredelt og består av 3 metodiske samfunnsvitenskapelige fremgangsmåter, hvor forsker Kirsti K. Valset har hatt ansvaret for gjennomføringen av analysene av registerdata av sårbarhet og risiko for rus blant ungdom i barnevernsinstitusjoner. Førsteamanuensis Dagny A. Johannessen har hatt ansvaret for dokumentanalysene av Nordisk håndteringspraksis. Førsteamanuensis og prosjektleder Ragnhild Fugletveit har hatt ansvaret for analysene av intervjustudiene av ansatte i BFE og bydelsbarnevernet i Oslo kommune.

Prosjektleder Ragnhild Fugletveit,
Institutt for sosialfag, OsloMet

Oslo, januar 2026.

Innhold

Sammendrag	1
DEL 1: INNLEDNING OG RAMMEVERK	6
Kapittel 1: Innledning og rammeverk for forskningsoppdraget	6
1.1 Innledning og bakgrunn for prosjektet.....	6
1.2 Problemstillinger i forskningsoppdraget.....	6
1.3 Gangen i rapporten	7
1.4 Bakgrunn	8
Barn og ungdom som bor i barnevernsinstitusjon	8
1.5 Sentrale begreper og perspektiver	9
Perspektiver på rus og avhengighet	9
Rusbruk og tidlig innsats for å hindre alvorlige rusproblemer	10
Forståelse av håndterings- og hensiktsmessig praksis.....	10
1.6 Ansvarsområder og institusjonstilbudet i BFE	11
1.7 Forvaltningsmessige rammer for institusjonsplassering	12
1.8 Ruspolitiske føringer for ungdommer med rusutfordringer	13
Kapittel 2: Metodiske fremgangsmåter	16
2.1 Kvalitative intervjuer av institusjonell praksis.....	16
Fremgangsmåte ved rekruttering av ansatte i BFE.....	16
Fremgangsmåte ved rekruttering av ansatte i barnevernstjenester	17
Utfordringer i rekrutteringsprosessen	17
Gjennomføring av intervjuene.....	18
Analysene av intervjuene	18
2.2 Registerdata	19
Studiepopulasjonen	19
Barnevernsregisteret	19
Andre registerdata som benyttes i rapporten	19
2.3 Dokumentanalyse av håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv	19
2.4 Etske hensyn i forskningsprosessene.....	20
Oppbevaring av data	20

Anonymitet og ivaretagelse av informantene i den kvalitative studien	21
Registerdata og sensitive data	22
Svakheter og styrker i datagrunnlaget som helhet	22
Oppsummering av kapittel 2	23
DEL 2: ANALYSER AV FUNN	25
Kapittel 3: BFE- institusjoners erfaringer med å håndtere rusutfordringer	25
3.1 Innledning	25
Kjennskapet til ungdommenes rusproblematikk ved inntak i BFE- institusjonene	25
Hvordan kartlegges rus den første tiden etter inntak?	27
Alkohol og cannabis dominerer rusbruken blant ungdommene	28
Tegn og symptomer er praksis for mistanke om rus	29
Nulltoleranse for rus er utgangspunktet for inngripende tiltak	30
Erfaringer, nytte og dilemmaer ved håndteringspraksis	31
«Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk»	34
«Samtaler om rus og rusens funksjon er vi ikke så flinke på»	37
Synlig tilstedeværelse kan redusere smitteeffekt knyttet til rus	38
Tid som forutsetning for endringsprosessene	39
«Det skulle ha vært noen flere tilbud der ute, sånn at ungdommene får en pause fra rusen»	40
Oppsummering av kapittel 3	43
Kapittel 4: Bydelsbarnevernets erfaringer med institusjonsplasseringer i BFE	45
4.1 Innledning	45
Vurderinger og syn på institusjonsplassering i BFE	45
Alvorlige rusproblemer kan være vanskelig å definere	46
Alternative tiltak til institusjonsplassering	50
Kvaliteten av det relasjonelle forholdet mellom ansatte og ungdom har betydning for institusjonsoppholdet	52
Erfaringer med smitteeffekt og eskalering av rus i BFE- institusjonene	53
Håndteringen av rus i BFE- institusjonene	55
Oppsummering av kapittel 4	56
Kapittel 5: Risiko for alvorlig rusbruk over tid	58
5.1 Innledning	58
5.2 Institusjonspopulasjonen over tid: Utvikling i registrert rusbruk og risiko for rus.	58
Institusjonskohortene sett i lys av foreldres rusmisbruk og psykiske helse	60

Institusjonskohortene sett i lys av familiens sosioøkonomiske kjennetegn	63
Utvikling i ungdommens registrerte rusbruk som grunnlag for barnevernstiltak.....	64
Institusjonspopulasjonene sett i lys av alvorlig atferdsvansker og/eller kriminalitet.....	66
Hvorfor er det nedgang i andel ungdom <i>registrert</i> med rus eller atferdsvansker siste 15 – 25 årene?	67
Institusjonspopulasjonene sett i lys av rusrelaterte lovbrudd	69
Ungdom som har behov for institusjon, har høy risiko for rusbruk og deltakelse i rusrelatert kriminalitet	71
5.3 Forløpsanalyser individnivå	72
Ved hvilken alder flytter ungdom i institusjon for første gang?	72
På hvilket tidspunkt i barnevernsforløpet er alvorlig rusbruk registrert av barnevern og/eller politi? ..	74
Oppsummering av kapittel 5	82
Kapittel 6: Rusrelaterte håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv.....	83
6.1 Utvelgelse av dokumenter	83
6.2 Analyse av dokumenter	83
6.3 Håndtering av rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner	85
Anvendte håndteringspraksiser i Norden.....	85
Praksisenes hensikt når det gjelder rusrelaterte utfordringer blant unge	88
Dominerende forståelser av rusutfordringer i barnevernsinstitusjoner	89
Institusjonelle forutsetninger og barrierer for å etablere hensiktsmessige praksiser	90
6.4 Erfaringer blant institusjonsungdom i Norden.....	92
Medvirkning og maktforhold	93
Relasjoner og kontinuitet	93
Oppsummering av kapittel 6	94
DEL 3: OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	96
Kapittel 7: Diskusjon og anbefalinger	96
7.1 Oppsummerende drøfting av funn.....	96
Ungdommenes rusutfordringer krever langsiktig innsats	96
Hensiktsmessig rusarbeid fordrer balanse mellom omsorg, medvirkning og kontroll	98
Hensiktsmessig praksis forutsetter systematikk og samordnet innsats på tvers av tjenester.....	99
7.2 Forutsetninger og anbefalinger for kvalitetsutvikling av praksis i møte med ungdom med rusutfordringer	100
Anbefaling 1: Individuell og lokal tilpasning av tilnærminger i møte med ungdommer og rusutfordringer	100

Anbefaling 2: Strukturert ruskartlegging og oppfølging av rusrelatert problematikk i barnevernsinstitusjoner	101
Anbefaling 3: Tilpasse UngDOK til de miljøterapeutiske fagmodellene.....	102
Anbefaling 4: Systematisere oversikt over eksterne tjenester og tiltak rettet mot ungdommer og rus	102
Anbefaling 5: Gjennomgang av institusjonenes utforming rettet til trygghet og sikkerhet	103
Anbefaling 6: Åpenhet og dialog om rusrelaterte utfordringer	103
Anbefaling 7: Systematisk medvirkning fra ungdommer som bor i BFE- institusjonene	103
Referanser	105
Vedlegg.....	117

Sammendrag

OsloMet-storbyuniversitetet ved Institutt for sosialfag har, på oppdrag fra Barne- og familieetaten (BFE), gjennomført en studie av håndtering og omfang av rusbruk ved Barne- og familieetatens institusjoner. Studien bygger på et bredt datagrunnlag som består av registerdata, individuelle intervjuer og dokumentanalyser.

Vår hovedproblemstilling i forskningsoppdraget er: *Hvilket omfang har rusbruken ved Barne- og familieetatens institusjoner og hvordan håndteres bruken når den avdekkes?*

Tidligere forskning viser at unge i barnevernsinstitusjoner ofte har sammensatte utfordringer. Rundt tre av fire har minst én psykisk lidelse med tilknytningsproblemer, atferdsvansker eller rusproblematikk. Disse belastningene kan komme til uttrykk gjennom nedstemthet, utagering og sinne. De sammensatte utfordringene innebærer at ansatte må ha kompetanse innen flere områder, inkludert hensiktsmessige tilnærminger til rusrelatert problematikk.

Rusproblematikk i en storbykontekst fremstår som særlig kompleks, og ungdom fra Oslo rapporterer høyere bruk av rusmidler enn ungdom ellers i landet. Rusrelaterte utfordringer og avhengighet er sammensatt av biologiske, psykologiske, sosiale og økonomiske forhold. Dette fordrer tverrfaglig og forpliktende samarbeid mellom ulike aktører og tjenester for å forebygge, gi omsorg og motivere til liv uten skadelig rus.

Barnevernsinstitusjonenes muligheter til å yte omsorg og støtte tilpasset det enkelte barns behov avhenger av systemiske, organisatoriske og relasjonelle forhold. Forskning og erfaring understreker behovet for å styrke ruskompetansen i møte med unge, både for å forebygge alvorlige rusproblemer og for å sikre at institusjonene kan håndtere og tilby hensiktsmessig hjelp til unge som bruker rusmidler.

For å besvare problemstillingen og bidra med ny kunnskap har vi brukt følgende metodiske fremgangsmåter: individuelle intervjuer med ansatte ved BFE-institusjoner og i bydelsbarnevernet i Oslo, analyser av registerdata fra barnevernet for perioden 1994–2022 og dokumentanalyse av institusjonell praksis i et nordisk perspektiv.

Undersøkelsens hovedkonklusjon er:

Sannsynligheten for at ungdom som bor i barnevernsinstitusjoner blir eksponert for rusmidler er høy. Dette fremgår tydelig av dokumentanalysen av nordisk litteratur og av funn fra register- og intervjustudiene, som viser samme tendens for ungdom i BFE- institusjoner. Som tittelen på rapporten antyder, *Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk*, er det behov for mer systematikk i det rusfaglige arbeidet ved BFE- institusjonene.

Overordnet peker våre hovedkonklusjoner på behov for utvikling på to områder knyttet til å systematisere og styrke kvaliteten i det rusfaglige arbeidet i BFE-institusjoner. Anbefalingene gjelder etablering av arenaer for å øke rusfaglig kompetanse, og innføring av strukturer for regelmessig ruskartlegging ved inntak, samt jevnlig evaluering og justering av ungdommens tilbud underveis i oppholdet.

Våre anbefalinger for videreutviklingen av det rusfaglige arbeidet er:

Basert på funn fra forskningsoppdraget har vi utarbeidet syv anbefalinger som understreker behovet for individuelle og lokale tilpasning av tilnærminger i møte med rusutfordringer blant unge i BFE- institusjoner. Undersøkelsen viser at ansatte i BFE-institusjoner møter sammensatte faglige og etiske dilemmaer knyttet til rus uten faste arenaer for refleksjon. Dette utfordrer

kvaliteten på vurderinger og håndtering av rusrelaterte utfordringer og situasjoner. Vi anbefaler derfor å innføre regelmessig, strukturert saksveiledning basert på 6-trinnsmodellen for etisk refleksjon, og å involvere ungdom der det er mulig for å styrke vurderinger, medvirkning og kvalitet.

Videre viser analysene at rus i liten grad kartlegges systematisk før og under opphold i BFE institusjoner. Konklusjonen er at dette svekker institusjonenes innsikt i ungdommenes rusutfordringer og behov for oppfølging. Vi anbefaler å innføre systematisk og regelmessig ruskartlegging ved inntak og gjennom hele oppholdet, for eksempel ved å ta i bruk kartleggingsverktøyet UngDOK, slik at oppfølging og institusjonsforløp kan tilpasses den enkelte ungdom.

Undersøkelsen viser også at institusjonsansatte i BFE mangler et verktøy som kan binde sammen kartlegging og miljøterapeutisk arbeid. Konklusjonen er at manglende kopling mellom kartlegging og miljøterapeutisk arbeid svekker den rusfaglige kompetansen og arbeidet. Vi anbefaler derfor å tilpasse og innpasse UngDOK i de tre interne fagmodellene – SEM, TEM og FBM – slik at kartlegging og oppfølging av rus blir en gjennomgående og strukturert del institusjonsoppholdet.

Undersøkelsen viser at ansatte og samarbeidspartnere har begrenset oversikt over relevante tjenester, tiltak og kompetansemiljøer for ungdom med rusutfordringer. Hovedkonklusjonen er at mangelen på oversikt reduserer muligheten til å tilby hensiktsmessig hjelp og tilbud til enkeltungdom. Vi anbefaler å etablere en interaktiv nettportal, utviklet i samarbeid med Brukerrådet, som samler og oppdaterer informasjon om kommunale, statlige, frivillige og ideelle tilbud, ressurser og kompetansemiljøer.

Videre viser undersøkelsen at flere BFE institusjoner har bygningsmessige forhold som utfordrer trygghet, oversikt, skjerming og håndtering av tvangssituasjoner. Hovedkonklusjonen er at fysisk utforming i noen tilfeller hindrer forsvarlig arbeid i rusrelaterte episoder. Vi anbefaler å gjennomføre en systematisk gjennomgang av institusjonenes utforming med vekt på trygghet og sikkerhet, og å bruke resultatene aktivt i videre utvikling og tilpasning av bygningsmassen og institusjonstilbudet.

Undersøkelsen viser også at nulltoleranse og dagens praksis rundt rus skaper barrierer for åpen dialog mellom ungdom og ansatte. Hovedkonklusjonen er at dette kan hindre tidlig identifisering av rusutfordringer og konstruktiv oppfølging. Vi anbefaler derfor å utvikle og innpasse skadereduserende tilnærminger som del av de tre etablerte fagmodellene, og å ta opp opplevde barrierer eksplisitt i rusrelatert saksveiledning for å styrke åpenhet og dialog.

Til slutt viser funnene at ungdommenes medvirkning i utvikling av rusfaglig praksis i BFE institusjonene er begrenset. Hovedkonklusjonen er at viktige brukerperspektiver ikke i tilstrekkelig grad påvirker utforming av tiltak og tilnærminger. Vi anbefaler derfor å bruke Brukerrådet aktivt som rådgivende organ i utvikling og justering av rusrelaterte miljøterapeutiske tilnærminger og strukturer, gjennom jevnlige møter og systematisk involvering på vegne av beboerne.

Metodiske fremgangsmåter for våre analyser:

- Datagrunnlaget for oppdragsprosjektet er basert på tre metodiske fremgangsmåter, hvor registerdata, kvalitative intervjuer og dokumentanalyser inngår som empiri.
- Vi har valgt et bredt spekter av fremgangsmåter, som også styrker kvaliteten i det empiriske grunnlaget i dette forskningsprosjektet.
- Mangfoldet i metoder har bidratt til et rikt material som har vært nyttig fordi det har gitt innsikt i flere perspektiver og tilnærminger når det gjelder ungdom og rusutfordringer

nasjonalt og internasjonalt og i en barnevernsfaglig kontekst. Dette har bidratt til å styrke troverdighet og pålitelighet i forskningsprosjektet.

- Registerdata som benyttes i dette prosjektet omfatter alle personer født mellom 1982 og 2009 i Norge, samt deres foreldre, for å sikre at individene er i relevant alder (12–18 år) for institusjonstiltak i observasjonsperioden vi har informasjon om barnevernstiltak (1994 – 2022), saksgrunnlag i barnevernet (1994/2013 – 2022) og siktelsler for rusrelatert kriminalitet i perioden (2022 – 2022).
- Den kvalitative delen av materialet består av til sammen 59 individuelle intervjuer med ledere og ansatte i BFE- institusjoner og ansatte og ledere i barnevernstjenestene i 7 bydeler.
- Dokumentanalyse baserer på dokumenter knyttet til erfaringer og praksiser i møte med rusrelatert problematikk på barnevernsinstitusjoner i Norden (25), samt supplerende dokumenter om rusrelaterte utfordringer blant ungdom generelt (53).
- Vi har redegjort for svakheter og styrker ved datagrunnlaget, samt forskningsetiske betraktninger og hensyn i forskningsprosessen.

Analysen av intervjuer med informanter i BFE- institusjoner viser:

Analysene av informantene rekruttert fra BFE- institusjonene viser til flere utfordringer knyttet til ungdom som ruser seg jevnlig eller daglig mens de bor i BFE- institusjonene. Utfordringene er ifølge informantene knyttet til ansattes kompetanse og kunnskap til å følge opp ungdommenes rusutfordringer i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Nulltoleranse er utgangspunktet for vurderingene og inngripende tiltak dominerer som håndteringspraksis. Informantene vektlegger behovet for å utvikle miljøterapeutiske tilnærminger som også har søkelys på funksjonene og skadevirkningene av jevnlig rusbruk blant unge. Analysene av informantene viser at det også er behov for mer informasjonsflyt og oversikt over aktuelle lokalbaserte tjenester og tiltak som kan være aktuelle for ungdommer med rusutfordringer.

Oppsummert så viser analysene at:

- Kartleggingen av rus som gjøres i BFE, viser at ungdommene har erfaringer med rus før inntak.
- Informantene vektlegger at ruserfaringene ofte kan være mer alvorlig enn det som kommer frem i henvisningsskjemaene før inntak.
- Det gjennomføres ikke systematiske ruskartlegginger utover standardisert forløp i løpet av institusjonsoppholdet.
- Cannabis og alkohol fremstår som de mest brukte rusmidlene blant ungdommene ifølge informantene.
- Nulltoleranse for bruk og besittelse av rusmidler i institusjonene oppgis av informantene som utgangspunktet for håndteringen av rus i BFE- institusjonene.
- Rus avdekkes på bakgrunn av mistanke basert på tegn og symptomer, som ifølge informantene knyttes til endring i atferd.
- Konsekvensene av rusbruk i institusjonene håndheves ifølge informantene gjennom inngripende tiltak.
- Informantene vektlegger mer søkelys på miljøterapeutiske tilnærminger rettet mot rusens funksjon og skadevirkningene i oppfølging av ungdommer som ruser seg jevnlig.
- Informantene uttrykker behov for styrket kompetanse og oversikt over tjenester og tiltak som kan sikre oppfølging av ungdom med rusrelaterte utfordringer, utover det som tilbys av barne- og ungdomspsykiatrien (Bup).

Analysene av intervjuer med informanter i bydelsbarnevernet viser:

Analysene av intervjuene med informanter fra bydelsbarnevernet viser at det gjøres ikke systematiske ruskartlegginger av ungdommer før henvisning til BFE. Informasjonen om ungdommenes bruk av rusmidler er i stor grad avhengig av tillit til ungdommene, samt opplysninger fra eksterne aktører som politi, ruskonsulenter og andre som har tett kontakt med ungdommene i bydelene.

Oppsummert viser analysene at:

- Økonomiske rammer, ungdommenes motivasjon og usikkerhet knyttet til effekten av BFE-opphold inngår ofte i analysene som ligger til grunn for institusjonstiltak og plassering av ungdom i BFE-institusjoner.
- Henvisning til BFE-institusjoner for ungdom med rusproblematikk skjer ofte på bakgrunn av sammensatte forhold som skolefravær, vold, truende atferd og omfattende kontakt med politiet.
- Ifølge informantene omhandler vurderingene av rus blant unge i bydelene om komplekse utfordringer, ofte relatert til skolefravær, kriminalitet og vold.
- Erfaringene med håndteringspraksis i BFE- institusjonene viser at for lite og for mye bruk av inngripende tiltak kan ifølge informantene ha uheldige konsekvenser for endringspotensialet til ungdommene som har rusutfordringer.
- Tid til å utvikle betydningsfulle relasjoner mellom ansatte og ungdom er ifølge informantene viktige forhold som kan bidra til endring og hindre at opphold i BFE-institusjoner blir oppbevaring.

Analysene av registerdata viser at:

Basert på kjennetegn ved ungdommenes atferd, foreldre og barnevernssaken, viser analysene at det høy risiko for alvorlig rusbruk hos ungdommene i forkant av første institusjonsopphold.

- En klar tendens til at barnevernstjenestene i Oslo avdekker rus tidligere hos ungdom født rundt 2000 og senere, enn hva tilfellet var for kohorter født på 1980- og 1990-tallet.
- Få ungdommer i institusjon har imidlertid undersøkelsessak igangsatt av barnevernstjenesten relatert til rus, verken i forkant av eller underveis i institusjonsoppholdet.
- Etter innføring av ny kategori i fagsystemene fra 2013-2014, der intensjonen var å synliggjøre barnets psykiske utfordringer og helsebehov, ser vi at andelen ungdom i institusjon der dette saksgrunnlaget er registrert har økt markant.
- Underanalyse av gruppen som er registrert med rus av barnevernet eller politi viser at en av tre er registrert med alvorlig rusbruk i forkant av institusjon.
- Sammenlignet med ungdom i Norge generelt, har ungdom som bor i barnevernsinstitusjon i Oslo svært høy risiko for å delta i rusrelatert kriminalitet - enten i forkant, underveis eller i etterkant av institusjonsoppholdet.
- Det er en klar tendens til at ungdom i institusjon de siste årene i større grad debuterer med rusrelatert kriminalitet i forkant av første institusjonsopphold sammenlignet med ungdom i institusjon for om lag 10 år siden.

Analysene av hensiktsmessige håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv viser:

- Det mangler entydig kunnskap om at én miljøterapeutisk modell er mer virkningsfull enn andre ved rusrelaterte utfordringer blant unge. Hensiktsmessig praksis kombinerer

systematiske og strukturerte tilnærminger for å fremme kvalitet og likebehandling, samtidig som individuelle og lokale tilpasninger ivaretas.

- Anvendte praksiser for *Kartlegging og avdekking* omfatter systematisk bruk av strukturerte kartleggingsverktøy. Hensiktsmessig praksis innebærer å identifisere rusproblematikk eller risiko for problemutvikling, og for å prioritere, planlegge og utvikle institusjonstilbudet basert på ungdommenes behov.
- Anvendte praksiser for *Begrensning og skjerming* omfatter kontrolltiltak, rutiner og regler som brukes for å skjerme ungdom fra rusmidler og tilrettelegge for trygge omgivelser. Hensiktsmessig praksis reduserer bruken av inngripende tiltak ved å utvikle alternativer og anvende et skadereduserende perspektiv.
- Anvendte praksiser for *Forebygging og behandling* omfatter tiltak som brukes til å hindre utvikling av rusproblemer eller behandle eksisterende utfordringer. Hensiktsmessige praksiser kombinerer ulike tilnærminger basert på individuelle og lokale behov og ressurser.
- Ansattes og tjenestens syn på nulltoleranse dominerer, samtidig er det motstridende problemforståelser mellom ansatte og ungdom. Hensiktsmessig praksis forutsetter etablerte arenaer der ungdom kan formidle sine perspektiver, og ansatte kan reflektere systematisk og etisk over rusrelaterte episoder og tiltak.
- Ungdommene har ofte sammensatte utfordringer, inkludert psykisk helse, rus og kriminalitet, og det mangler enhetlige tilnærminger til håndtering av disse. Hensiktsmessig praksis omfatter differensierte og integrerte tjenester som samarbeider på tvers av sektorer og tilpasser seg individ- og hjemmemiljøet.
- Det mangler en samlet og strukturert tilnærming i den enkelte tjeneste. Hensiktsmessige praksiser omfatter helhetlige og koordinerte tilnærminger som sikrer bedre samarbeid mellom tjenester og sektorer.

Ungdommenes erfaringer og perspektiver

- Ungdom opplever begrenset informasjon og involvering i beslutningsprosesser, og ansattes perspektiver får forrang fremfor ungdommenes egne. Hensiktsmessig praksis styrker medvirkning gjennom tydelig og forståelig informasjon om rettigheter, muligheter og beslutningsprosesser.
- Ungdommene opplever hyppig utskifting av omsorgspersonell og usikkerhet om oppfølging etter institusjonsopphold. Hensiktsmessig praksis etablerer etterverns- og oppfølgingstilbud og tilrettelegger for at ungdommer kan utvikle tilhørighet til hjemmemiljøet underveis i oppholdet.
- Åpenhet og dialog om rusrelaterte utfordringer begrenses av institusjonenes nulltoleranse-innstilling til rusmidler. Hensiktsmessig praksis anvender et skadereduserende perspektiv som tilrettelegger for åpen dialog med lavere risiko for negative konsekvenser.

DEL 1: INNLEDNING OG RAMMEVERK

Kapittel 1: Innledning og rammeverk for forskningsoppdraget

1.1 Innledning og bakgrunn for prosjektet

OsloMet – Storbyuniversitet har på oppdrag fra Barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune gjennomført en studie om håndtering av rusutfordringer blant unge som i barnevernsinstitusjoner. Det overordnende målet med forskningsprosjektet er å utvikle kunnskap som barnevernsinstitusjonene i BFE kan bruke til å utføre sitt arbeid på en mest mulig ivaretakende måte ovenfor unge som har rusutfordringer.

Bakgrunnen for forskningsoppdraget er todelt som oppdragsgiver beskriver på følgende måte:

- 1) Å få kartlagt omfanget av rusbruk blant barn og ungdom på barnevernsinstitusjoner. Dette inkluderer innsikt i hvordan institusjonene jobber med avdekking og forebygging av rus, samt hvilken effekt dette arbeidet har.
- 2) Videre ønsker BFE kunnskap om hvordan barnevernsinstitusjoner bedre kan jobbe med rus blant beboere, slik at BFE kan tilby bedre og tryggere tjenester for beboere på institusjon.

Forskningsoppdraget har som hensikt å utvikle kunnskap og anbefalinger som kan bidra til å forebygge og ta i bruk hensiktsmessig praksis for *hvordan* barnevernsinstitusjoner i BFE kan jobbe for å avdekke og forebygge rusproblematikk, samt utvikle konkrete anbefalinger som kan bidra til bedre og tryggere tjenester for barn og unge som bor i barnevernsinstitusjoner i Oslo kommune.

1.2 Problemstillinger i forskningsoppdraget

Hovedproblemstilling i forskningsoppdraget er: *Hvilket omfang har rusbruken ved Barne- og familieetatens institusjoner og hvordan håndteres denne bruken når den avdekkes?*

Våre tilnærminger til forskningsoppdraget er basert på tre hovedtilnærminger basert på kvantitative registerdata om risiko for alvorlig rusbruk blant ungdommer fra Oslo som bor på barnevernsinstitusjoner, kvalitative intervjuer av ansatte i barnevernsinstitusjoner i BFE og bydelsbarnevernet og dokumentanalyse av rusrelaterte håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv.

I oppdragsforståelsen knytter vi hovedproblemstillingen til følgende operasjonaliserte delspørsmål for den *kvantitative analysen* av registerdata (fagsystemdata):

- Hvor stor er risiko for alvorlig rusbruk og hvor stort er omfang av barnevernets og politiets registrert rus hos institusjonspopulasjonen fra Oslo?
- Har risiko for eller registrert alvorlig rusbruk hos institusjonspopulasjonen fra Oslo endret seg over tid?
- Er alvorlig rusbruk registrert forut for første institusjonsopphold, samtidig med eller i etterkant?

I oppdragsforståelsen knytter vi hovedproblemstillingen til følgende operasjonaliserte delspørsmål for den *kvalitative analysen* av informanter i BFE- institusjonene:

- Hvilken type rus strever ungdom på institusjon med?
- Har rusbruken oppstått før eller i løpet av institusjonsoppholdet?
- Hvordan oppdager de ansatte rusproblemer og varierer avdekking av rus etter kjennetegn ved ungdom og type rus?
- På hvilken måte kan det sosiale miljøet blant ungdommen på institusjonene fremme eller hindre rusbruk?
- Hvilke forutsetninger har de ulike institusjonene for å jobbe med rusrelaterte utfordringer, som anledning til å bruke tvang ved henholdsvis omsorgsinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner?
- Hvilken nytte har de ulike institusjonenes miljøterapeutiske metoder og praksis med tanke på utfordringer knyttet til rus?
- Hvilke perspektiver på rus dominerer forståelsen til ansatte og ledere på institusjonene og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet med barna?

I operasjonaliseringen av delproblemstillingene har vi valgt å legge til følgende delspørsmål:

- Hva kjennetegner samarbeidet med eksterne tjenester rettet mot ungdom og rus?

I tillegg har vi gjennomført en *kvalitativ studie* av informanter rekruttert fra bydelsbarnevernet med følgende operasjonaliserte delproblemstillinger som utgangspunkt:

- Hva kjennetegner praksis før henvisning til BFE når rusproblematikk er en del av henvisningsgrunnlaget?
- Hva kjennetegner samarbeidet med BFE- institusjoner, når det gjelder håndtering av rus i forløpet?

For *dokumentanalysen* av nordisk praksis, operasjonaliserte vi et overordnet forskningsspørsmål formulert som:

- Hvordan håndteres rusrelaterte utfordringer på barnevernsinstitusjoner i Norden?

1.3 Gangen i rapporten

Kapittel 1: Innledning

Kapittelet danner utgangspunktet for forskningsoppdraget i form av redegjørelse for oppdragsprosjektets bakgrunn, problemstilling(er), sentrale begreper, og forskning om unge og håndtering av rusproblematikk i barnevernsinstitusjoner.

Kapittel 2: Metode

I kapittelet beskrives valg av fremgangsmåter i forskningsoppdraget. De metodiske tilnærmingene i prosjektet utgjør registerdata, kvalitative intervjuer og dokumentanalyse av nordiske håndteringspraksiser.

Kapittel 3: BFE- institusjoners erfaringer med å håndtere rusproblematikk

Kapittelet tar utgangspunkt i analyser fra kvalitative intervjuer med ansatte og ledere i BFE om deres erfaringer med å håndtere rusproblemer blant unge i BFE- institusjoner. Vi retter særlig oppmerksomhet mot håndteringspraksis rettet mot ungdommenes inntak av rus og miljøterapeutiske virkemidler.

Kapittel 4: Barnevernstjenestenes erfaringer med plassering og oppfølging i BFE-institusjoner.

Kapittelet tar utgangspunkt i analyser fra kvalitative intervjuer av ansatte i kommunale barnevernstjenester. I kapittelet retter vi særlig oppmerksomhet mot hvordan ansatte i bydelsbarnevernet erfarer håndtering av rusproblematikk ved plassering og i oppfølgingen av barn og unge i BFE- institusjoner.

Kapittel 5: Omfang av og risiko for alvorlig rusbruk i lys av registerdata

I dette kapittelet benyttes registerdata for å belyse omfanget av rusbruk blant ungdommer fra Oslo som bor på barnevernsinstitusjoner, samt i hvilken grad barnevernstjenesten eller andre aktører har registrert rus hos ungdommen i forkant av institusjonsoppholdet.

Kapittel 6: Rusrelaterte håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv

Kapitlet tar utgangspunkt i dokumentanalyse med systematisk litteratursøk og strukturert gjennomgang av institusjonelle praksiser og erfaringer rusrelatert til rus i barnevernsinstitusjoner og unge generelt. I dokumentanalysen har i hovedsak satt søkelys på erfaringer og praksiser i nordiske land, og supplert dette med kunnskap fra internasjonal forskningslitteratur.

Kapittel 7: Diskusjon og anbefalinger

Kapitlet diskuterer hovedfunnene fra analyser i kapittel 3, 4, 5 og 6. Hovedvekten av temaene for diskusjonene tar utgangspunkt i analysene fra den kvalitative delen av prosjektet. I siste del av kapitelet presenteres sju konkrete anbefalinger som kan bidra til bedre og tryggere tjenester for barn og unge som bor i barnevernsinstitusjoner i Barne- og familieetaten i Oslo kommune.

1.4 Bakgrunn

I påfølgende deler utdypes bakgrunnskunnskap om sentrale temaområder som omfattes av forskningsprosjektets problemstillinger. Dette gjelder bakgrunnskunnskap om ungdommer i barnevernsinstitusjoner, sentrale begreper og forvaltningsmessige rammer for plassering i BFE-institusjoner.

Barn og ungdom som bor i barnevernsinstitusjon

I forskningsrapporten omtaler vi barn og unge som bor i BFE- institusjoner som ungdommer. Dette handler om at barnevernsinstitusjoner primært er tiltak for ungdom. Hovedvekten av ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner er mellom 13 og 18 år, med klart flest 17-åringer. Gutter er jevnt over noe overrepresentert i barnevernsinstitusjonene (Bufdir, 2025). Med hensyn til familiebakgrunn er nærmere halvparten av foreldrene registrert uten yrkesinntekt (Drange & Hernæs 2020). I tillegg har en betydelig andel av mødrene¹ og fedrene² minst én straffereaksjon³ registrert ved barnets første institusjonsregistrering (Drange & Hærnes, 2020).

Institusjonspopulasjonen i barnevernet skiller seg markant fra ungdomsbefolkningen ellers, særlig når det gjelder leveårsbakgrunn. Ungdom som plasseres i institusjon ofte kommer fra familier med lav utdanning, mindre tilknytning i arbeidslivet og svakere sosiale nettverk (Drange &

¹ 28 prosent.

² 55 prosent.

³ Som ikke gjelder trafikk-overtredelser.

Hernæs, 2020). Når det gjelder helse, viser Drange & Hærnes (2020) at svært mange av barna og ungdommene har kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Bup). Et tydelig kjennetegn er at mange ungdommer i barnevernsinstitusjoner har alvorlige helseproblemer, som bekreftes av at andelen som mottar AAP eller uføretrygd stabiliserer seg på et høyt nivå. Omtrent 30 prosent innen de fyller 20. Fullføringsgraden av videregående skole er lav der kun rundt 9 prosent av de relevante årskullene fullfører innen fylte 21 år. Ungdom i barnevernet har også en høy forekomst av registrert kriminalitet, med 46 prosent som har blitt siktet minst én gang i perioden 2013-2018 (Drange & Hernæs 2020).

Som disse kjennetegnene antyder, utgjør ungdommer i barnevernet en gruppe med sammensatte problemer som krever omfattende innsats. Ifølge en kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet kjennetegnes ungdom som er plassert i barnevernsinstitusjoner som:

En krevende gruppe å ha omsorg for fordi de kan ha omfattende psykiske vansker, tilknytningsproblemer, atferdsvansker og rusproblematikk. I tillegg kan de ha uttrykk som kan være vanskelig å forstå og tolke for ansatte, slik som utageringer, nedstemthet og aggresjon (Johansen et al., 2020, s. 15).

Andre studier om ungdom i norske barnevernsinstitusjoner viser at 76 % har minst én psykisk lidelse (Kayed et al., 2015). En nylig publisert kunnskapsrapport fra Folkehelseinstituttet viser et lignende bilde og rapporterer om høy forekomst av psykiske lidelser som ADHD, depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og selvskading i barnevernsinstitusjoner (Echaves, Henriksen & Bjornes, 2025). Kunnskapsrapporten antyder at det er høyt forbruk av rusmidler og vanedannende medisiner for psykiske helseplager blant unge i barnevernsinstitusjoner (Echaves et al., 2025). Studien peker også på at ansatte i barnevernsinstitusjoner trenger kompetanse på mange områder når ungdommenes rusutfordringer blir omfattende, som å oppdage rus og vurdere behovene for hjelp fra eksterne tjenester og tiltak.

En kvalitativ studie av barnevernets rustiltak framhever ansattes trygghet som sentral i ungdommenes endringsarbeid (Vik & Halså, 2023). Forutsetninger for trygghet mellom ungdommene som bor i barnevernsinstitusjonene og ansatte kan være bekreftende og kompetente ansatte som skaper en forutsigbar hverdag for ungdommene. De ansatte må ha evnen, erfaringen og kompetansen til å se, forstå og skape forutsigbarhet. I tillegg må ansatte ha de nødvendige verktøyene for å kunne arbeide med utvikling og endringsarbeid (Slaatto et al., 2023; Bergsund et al., 2024). Ungdoms medvirkning er et sentralt tema i norsk og internasjonal barnevernsforskning (Gundersen et al., 2024). Å sikre medvirkning som en integrert del av hverdagen i barnevernsinstitusjoner er fortsatt utfordrende i praksis. Slaatto et al. (2022) konkluderer med at ungdommer i stor grad ikke opplever reell medvirkning, og at det er mangler både i hvilken informasjon de får og om de blir hørt. Studien tyder også på at ansatte ofte har en standardisert og formalisert tilnærming til medvirkning, med vekt på byråkratiske retningslinjer og strukturer. Fellesbegrepet på det terapeutiske arbeidet i barnevernsinstitusjoner er miljøterapi (Lillevik, 2025). Miljøterapi innebærer tilrettelegging og systematikk i arbeidet (Landmark & Olkowska, 2016), som forutsetter at institusjonene skal være et utviklingsfremmende miljø, preget av trygghet, struktur og relasjonell støtte (Landmark & Olkowska, 2016).

1.5 Sentrale begreper og perspektiver

Perspektiver på rus og avhengighet

I forskningsprosjektet er vår forståelse at rusproblemer og avhengighet må ses i sammenheng med biologiske faktorer, psykologiske prosesser, sosiale og økonomiske forhold og kulturelle

normer (Wangensteen & Jansen, 2021). Dette betyr at rusproblemer er sammensatt av flere forhold som: psykisk helse, familiestrukturer, foreldreproblemer, negative vennerelasjoner, sosioøkonomisk status, kriminalitet og skolevansker (Bufdir, 2014; NOU 2023: 24, Gundersen et al., 2024). Blant unge generelt kan det å utforske rusmidler handle om å knytte sosiale bånd, tilhørighet og et fristed fra mestrings- og prestasjonskrav. Det å omtale rusbruk blant ungdom som et *rusproblem* er utfordrende fordi grensen mellom bruk, eksperimentering og rusproblemer kan være uklar. Valg av rusmiddel, mengde, hyppighet, tidspunkt, sted og sosial kontekst påvirker både hvordan rusmiddelbruken erfarer av den enkelte og hvordan den forstås av omgivelsene (Edland-Gryt, 2025). Skillet mellom normal, skadelig og problematisk bruk av rusmidler er sammensatt av flere forhold og vurderinger. Forskningsprosjektet legger til grunn en biopsykososial forståelse, og i rapporten viser begrepene «alvorlige rusproblemer» og «rusutfordringer» til jevnlig bruk av rusmidler på måter som er til skade for den enkelte og omgivelsene (Bramness et al., 2025).

Rusbruk og tidlig innsats for å hindre alvorlige rusproblemer

Rusbruk blant ungdom generelt i Norge er nedadgående når det gjelder alkohol, og forsiktig økende når det gjelder illegale rusmidler som cannabis og kokain (Bye & Moan, 2024; Bye & Bretteville-Jensen, 2024). Alkohol og Cannabis er de mest utbredte rusmidlene som ungdom rapporterer bruk av og bruken er betydelig lavere sammenlignet med ungdom i andre europeiske land (Bye & Bretteville-Jensen, 2024; Bye & Moan, 2024; The ESPAD Group, 2020). Når det gjelder bruk av rusmidler blant ungdom, rapporterer ungdom i Oslo gjennomgående høyere bruk enn ungdom i resten av landet (Bakken, 2023).

Eskalering av rusproblemer er forbundet med alvorlige psykososiale følger, som høy risiko for overdose, somatisk skader og senskader som psykisk uhelse (Nawi et al., 2021; Thomasius et al., 2022). Det er enighet om at tidlig intervensjon når barn ruser seg kan ha avgjørende betydning på barnets videre utvikling (NOU 2023: 24), særlig med tanke på sammenhengen mellom sårbare oppvekstforhold og risiko for utvikling av alvorlige problemer i ungdomstiden (Hoffmann & Jones, 2022). Tidlig kartlegging og utredning av rusmiddelbruk og relaterte utfordringer bør derfor være en helt sentral del av det rusfaglige arbeidet i barnevernsinstitusjonene.

Forståelse av håndterings- og hensiktsmessig praksis

Vi bruker begrepet håndteringspraksis gjennom hele rapporten. Begrepet sikter til rutine, ordninger og metodene som brukes for å ivareta rusrelaterte utfordringer blant ungdom i barnevernsinstitusjoner. Barnevernsinstitusjonenes muligheter til å yte forsvarlig omsorg som er tilpasset de unges behov, avhenger også av en rekke faktorer som omfatter flere forhold og nivå. I våre analyser viser vi til forhold på følgende nivåer:

- Individnivå (mikro): Tiltak og faglige tilnærminger og intervensjoner rettet mot enkeltungdommens rusutfordringer.
- Tjenestenivå (organisatorisk) Rutiner og praksis i den enkelte tjeneste ved institusjonen, rettet mot å ivareta, følge opp og begrense besittelse og bruk av rusmidler blant enkeltungdom og ungdomsgruppen.
- Strukturnivå (system): Politiske, organisatoriske og samfunnsmessige praksiser som påvirker arbeidet med rusutfordringer i barnevernsinstitusjoner.

Begrepet hensiktsmessig praksis henviser til tilnærminger som kombinerer flere typer kunnskap, ofte omtalt som kunnskapsbaserte praksiser. På individnivå dreier det seg om tiltak og

intervensjoner rettet mot enkeltungdommer og deres nærmeste omgivelser. På tjenestenivå handler det om strukturer og praksiser innenfor enkelttjenester som håndterer rusproblematikk hos enkeltungdommer og ungdomsgruppen ved institusjonen. Strukturnivået omfatter politiske, organisatoriske og samfunnsmessige praksiser som berører rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Når det gjelder hensiktsmessig praksis i møte med rusrelaterte utfordringer, så bygger disse på tilnærminger som kombinerer flere typer kunnskap, gjerne omtalt som kunnskapsbaserte praksiser (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021, 17. september).

Hensiktsmessig praksis bygger på flere typer kunnskap. Forskningsbasert kunnskap viser hvilke metoder og intervensjoner som har dokumentert effekt, og hvordan de kan brukes i praksis. Teoretisk kunnskap gir forståelse av rusrelaterte utfordringer, ungdommenes sårbarhet og behov, og av mekanismene som gjør ulike tilnærminger virksomme. Faktakunnskap om juridiske, organisatoriske og politiske rammer sikrer at praksis følger lover, rettigheter og retningslinjer, samtidig som den tar hensyn til ungdommenes situasjon og livsvilkår.

Praksisbasert kunnskap, utviklet gjennom arbeid med ungdom og rus, gjør det mulig å tilpasse tiltak til institusjonens kontekst og den enkelte situasjon. Praksiskunnskap, som omfatter praktiske ferdigheter og refleksjon, bidrar til å bruke tilnærminger på en måte som også støtter ungdommenes behov og prosess. Brukerkunnskap, basert på ungdommenes egne erfaringer og perspektiver, skal sikre at tiltakene oppleves relevante og meningsfulle.

1.6 Ansvarsområder og institusjonstilbudet i BFE

Barne- og familieetaten er en fagetat under Byrådsavdeling for sosiale tjenester i Oslo kommune. Etaten har ansvar for barnevern, fosterhjem og avlastningstilbud for barn med funksjonsnedsettelse i Oslo. Barne- og familieetaten (BFE) hadde 1 074 ansatte ved utgangen av 2024. 90 prosent arbeider direkte med spesialiserte tjenester for barn, unge og familier (Barne- og familieetaten, 2024).

Barne- og familieetaten (BFE) jobber for å gi hovedstadens barn, unge og familier i sårbare livssituasjoner nødvendig hjelp, omsorg, avlastning og/eller beskyttelse, til rett tid - enten det er vedtak etter barnevernsloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. Etaten har hovedansvar for Oslo kommunes andrelinje barnevern, herunder barnevernsinstitusjoner, ulike typer fosterhjem og hjemmebaserte tiltak til barn i barnevernet.

BFE tilbyr spesialiserte bolig- og avlastningstiltak til barn og unge voksne med nedsatt funksjonsevne, en dagavdeling for kreftsyke barn, opplæring og veiledning til fosterforeldre, i tillegg til tjenester rettet mot enslige mindreårige flyktninger (BYMIF). BFE har ansvaret for akuttberedskapen i det by omfattende barnevernet. På vegne av bydelene drifter etaten Barnevernvakten, og prosederer saker for Barneverns- og helsenemnda og for tingretten.

Etaten godkjenner og driver kvalitetskontroll av kommunale og private barnevernsinstitusjoner. Etaten har ansvar for at tjenestene drives med forsvarlig kvalitet og at tjenestetilbudet er tilstrekkelig for behovet i kommunen. I den forbindelse har etaten ansvar for å sikre rett dimensjonering og tilpasse tjenestene i tråd med utviklingen både lokalt og nasjonalt (Barne- og familieetaten, 2024).

Etaten driftet tolv barnevernsinstitusjoner per 1. januar 2025 med til sammen 61 plasser. I 2024 utgjorde samlet antall oppholdsdøgn i barneverntiltak i BFE 16 761 (Barne- og familieetaten, 2024). Andelen faste ansatte i BFE- institusjoner utgjorde 229 miljøterapeuter/miljøarbeidere (Barne- og familieetaten, 2024).

1.7 Forvaltningsmessige rammer for institusjonsplassering

Barneverntjenesten har det overordnede ansvaret for oppfølging av barn og unge som plasseres i barnevernsinstitusjon. I Oslo har kommunen ansvaret for hele barnevernet, inkludert institusjonstilbudet. Byråd for sosiale tjenester, Barne- og familieetaten (BFE) og bydelsbarnevernet er de sentrale aktørene i institusjonsbarnevernet i Oslo (NOU 2023:24).

Et hovedprinsipp i barnevernstjenesten er at barnevernsloven og forvaltningslovens saksbehandlingsregler skal sikre at tjenesten fatter riktige avgjørelser til rett tid, og at barn og foreldre får sine rettigheter ivaretatt (Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling, 2025). Prinsippet innebærer at saksbehandlingen og tiltakene skal være målrettede og forholdsmessige, i tråd med barnevernsloven § 1-5 andre ledd. Tiltakene skal ikke være mer inngripende enn nødvendig (Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling, 2025).

For å fatte riktige avgjørelser må barnevernstjenesten ha et godt og oppdatert beslutningsgrunnlag. Det krever at saken er grundig utredet. En barnevernsundersøkelse er den lovregulerte prosessen der barnevernstjenesten innhenter og vurderer opplysninger for å avklare om det er grunnlag for tiltak, med frister og formelle krav etter barnevernsloven.

Barnevernstjenesten skal starte en undersøkelse når det er rimelig grunn til å anta at det kan foreligge forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter loven (§ 2-2 første ledd). Å starte en undersøkelse er som regel et inngrep i både barnets og foreldrenes rett til privatliv og familieliv.

Etter barnevernsloven § 2-1 første ledd skal barnevernstjenesten gå gjennom bekymringsmeldinger så snart som mulig, og senest innen én uke etter at de er mottatt.

Barnevernstjenesten skal også vurdere om meldingen krever umiddelbar oppfølging. Det betyr at den første vurderingen må gjøres når meldingen er mottatt (Prop. 83 L (2024-2025)).

Plasseringen skal være nødvendig og basert på prinsippet om barnets beste⁴ (bvl. § 1-3).

Undersøkelsen skal gjennomføres så snart som mulig og senest innen tre måneder (§ 2-2 andre ledd). I særlige tilfeller kan fristen forlenges til seks måneder. Fristene skal sikre rask behandling av bekymringsmeldinger, samtidig som undersøkelsen er forsvarlig og grundig. Innhold og omfang i undersøkelsen skal tilpasses sakens faktiske forhold og det konkrete bekymringstemaet. Etter barnevernsloven § 2-2 tredje ledd skal barnevernstjenesten:

«undersøke barnets helhetlige omsorgssituasjon og behov», og undersøkelsen skal «gjennomføres systematisk og grundig nok til å kunne avgjøre om det er nødvendig å iverksette tiltak etter loven». Undersøkelser som utføres av barnevernet i barnevernssaker er inngripende for en familie, og undersøkelser skal derfor ikke være mer omfattende enn nødvendig. Dette følger av det minste inngreps prinsipp, jf. § 1-5. Undersøkelsen skal også gjennomføres så skånsomt som mulig, jf. § 2-2 tredje ledd (Prop.83 L (2024-2025) s. 240).

Formålet med barnevernstjenestens undersøkelse er å avklare om barnet trenger barnevernstiltak for å sikre barnets rett til omsorg og beskyttelse. Valg av institusjon skal være faglig forsvarlig og bygge på en helhetlig kartlegging av barnets omsorgs- og eventuelle behandlingsbehov. Plasseringer kan være omsorgstiltak⁵ (rettet mot foreldrenes omsorgssituasjon) eller atferdstiltak⁶ (rettet mot barnets atferdsutfordringer).

⁴ Barnets rett til å medvirke innebærer en rett til å få tilstrekkelig og tilpasset informasjon, til å bli hørt og til fritt å gi uttrykk for sine meninger (Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling, 2025).

⁵ Barnevernsloven kapittel 5.

⁶ Barnevernsloven kapittel 6.

Institusjonsplassering kan skje frivillig eller ved tvang. Vedtak om tvangsplassering treffes av Barneverns- og helsenemnda.

Barnevernstjenesten har det overordnede ansvaret for barn og unge som er plassert i barnevernsinstitusjoner. Den formelle prosessen starter når kommunen, i dette tilfellet at bydelsbarnevernet i Oslo, sender en henvisning til BFE med forespørsel om institusjonsplass. BFE har ikke direkte bistandsplikt overfor bydelene, slik Bufetat har overfor kommunene. Det er bydelene som har det overordnede ansvaret for barna og for at kvaliteten i tjenestene er i tråd med lovverk og forskrifter. BFE har ansvaret for å sikre at tjenestene de tilbyr til bydelene, har god kvalitet. Dette betyr at BFE ikke har det overordnede ansvaret for at barn får nødvendige tiltak, men at etaten har plikt til å bidra i saker innenfor sitt ansvarsområde (Barne- og familiedepartementet, 2025).

BFE drifter store deler av tilbudet til barn i Oslo. Innen akutt er omtrent 90 % av oppholdsdøgnene i kommunale institusjoner. Tilsvarende for behandlingsinstitusjoner er 33 prosent og i omsorgsinstitusjoner 53 prosent (Barne- og familiedepartementet (2025)).

Barnevernsloven stiller krav om at hver institusjon skal ha en definert målgruppe, med tilhørende godkjenning og faglig innretning. Barnevernsinstitusjonene har ikke ett tydelig, avgrenset formål eller én klart definert målgruppe. De gir tilbud til barn med omfattende omsorgsbehov, og til barn som trenger særskilt støtte for å håndtere ulike typer utfordringer. Barnevernsloven § 10-1 pålegger barnevernsinstitusjonene å gi barn forsvarlig omsorg og behandling.

Behandlingsformålet gjelder kun behandlingsinstitusjonene, og ikke omsorgs- og akuttinstitusjonene (Prop.83 I. (2024-2025)). Barnevernsinstitusjonene skal gi barn trygge rammer, utviklingsmuligheter, økt livskvalitet og varige, positive endringer i livene deres. Det er viktig å understreke at BFE ikke har egne rustiltak, noe som innebærer at institusjonene ikke har målgruppedifferensiering eller metoder som utelukkende er knyttet til å behandle rusproblemer.

Målgruppeinndelingen i institusjonstilbudet tilsvarer hvilket lovgrunnlag som gjør at barn har opphold på institusjon. Barnevernsinstitusjonene i BFE er basert på tredelt målgruppe: akutt, omsorg og behandling (Barne- og familiedepartementet, 2025). Plasseringsgrunnlaget i de 3 målgruppeinndelingene er som vist i figuren under her:

Akutt	Omsorg	Behandling
Vedtak etter barnevernsloven §4-2 til §4-5 Institusjoner for barn som har et umiddelbart behov for omsorg eller behandling.	Vedtak etter barnevernsloven §5-1 og §3-2 Institusjoner for barn som kommunen har omsorgs-ansvaret for, eller det er frivillige tiltak utenfor hjemmet.	Vedtak etter barnevernsloven §6-1 og §6-2 Institusjoner for barn som utsetter sin utvikling for alvorlig fare.

Figur 1.1: Målgruppeinndelinger i BFE (Kilde: Barne- og familiedepartementet, 2025)

Denne inndelingen skiller seg fra Bufetat som har følgende kategorisering: Akutt, omsorg, atferdsvansker lav risiko, atferdsvansker høy risiko og rustiltak (Barne- og familiedepartementet, 2025).

1.8 Ruspolitiske føringer for ungdommer med rusutfordringer

På tross av pågående kvalitetsutvikling i barnevernsinstitusjonene fremhever nyere rapporter og utredninger vedvarende utfordringer med å identifisere og gi adekvat oppfølging til ungdom som bruker rusmidler, samt å forebygge utvikling av rusproblemer i institusjonene (NOU: 2023:24);

Deloitte AS & Oslo Economics, 2024). I regjeringens strategiplan for barnevernets institusjonstilbud (Barne- og familiedepartementet, 2024) rettes det søkelys på at institusjonsbarnevernet:

Må styrke sin kompetanse og settes bedre i stand til å avdekke og forebygge rusmiddelbruk, håndtere barn som bruker rusmidler og samtidig beskytte andre barn på institusjonene». Strategiplanen vektlegger mer vekt på grunnkompetanse på rus til å hjelpe barn som står i fare for å utvikle skadelig rusmiddelbruk eller avhengighet og hensynet til å redusere eksponering av andres rusmiddelbruk (Barne- og familiedepartementet, s. 18-19, 2024).

I utredningen; *Med barnet hele vegen - Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit* (NOU 2023:24) identifiseres det også kompetansebehov rettet til ansatte i barnevernsinstitusjoner knyttet til rusmiddelproblematikk. Ungdom kan ha rusrelaterte utfordringer uten at dette nødvendigvis utløser et behandlingsbehov, eller de kan utvikle mer omfattende rusproblemer under institusjonsoppholdet. Utredningen fremhever derfor behovet for å styrke ruskompetansen i det miljøterapeutiske arbeidet, både for å forebygge utvikling av alvorlige rusproblemer og for å sikre at barnevernsinstitusjonene kan håndtere og gi adekvat hjelp til barn som bruker rusmidler (NOU 2023:24, s.217).

Ansvar for rustiltak rettet mot unge under 18 år, planlegges å flyttes fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten (Prop. 83 L (2024–2025)). Regjeringen ønsker at spesialisthelsetjenesten skal ha et helhetlig og forpliktende ansvar for spesialisert rusbehandling til barn under 18 år med rusmiddelproblemer. Dette innebærer at ansvar for rusbehandling flyttes fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. Dagens praksis er at barnevernet gir et miljøterapeutisk døgntilbud i barnevernsinstitusjon, mens spesialisthelsetjenesten hovedsakelig tilbyr poliklinisk og ambulant helsehjelp (Prop. 83 L (2024–2025)). Endringene betyr at barnevernet fortsatt skal ha et tilbud til barn som har utfordringer med rusmidler og som trenger barnevernets omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse, men barnevernet skal ikke lenger gi et tilbud om rusbehandling (Prop. 83 L (2024–2025)).

I utredningen (NOU, 2023:24, s. 43) vises det til at noe av utfordringene når det gjelder kvaliteten i barnevernsinstitusjonene generelt, er at det mangler felles faglig forståelse og praksis, samt uklar forståelse av barns rettigheter og omsorgsansvaret. Det vises videre til at institusjonsbarnevernet domineres av spesialiseringer av tjenesten, som blant annet omfatter innføring av målgruppedifferensiert tilbud og økt bruk av kartlegging og evidensbaserte metoder.

Parallelt med denne utviklingen har institusjonsbarnevernet endret seg fra å være omsorgsinstitusjoner for barn med behov for å bo utenfor hjemmet, til å domineres av spesialiserte endrings- og behandlingsopphold, hvor intensjonen er kort varighet (NOU 2023:24, 2023, s. 43). I tillegg er det utfordringer knyttet til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, som blant annet handler om manglende felles forståelse, samarbeid og koordinering. Utredningen viser til en rekke utfordringer knyttet til koordinering og samarbeid rundt ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner og har rusproblemer (NOU 2023: 24, 2023). Rusproblematikk blant unge som bor i barnevernsinstitusjoner er et komplekst område som også krever forpliktende samarbeid med aktuelle eksterne aktører i arbeidet med å forebygge, behandle og motivere barn og unge til å utvikle liv uten skadelig rus (Gundersen et al., 2024; NOU 2023: 24).

I Meld. St 5 (2024-2025) blir det påpekt at det er få ungdommer under 18 år med rusmiddeldiagnose som blir innlagt i tverrspesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Hovedvekten av alle døgninnleggelsene for personer under 18 år skjer ved somatiske avdelinger, hvor en betydelig andel av innleggelsene gjelder medisinsk avrusning.

I 2021 ble det i TSB registrert 33 pasienter i aldersgruppen 13–15 år, 121 i gruppen 16–17 år og 1 906 i aldersgruppen 18–22 år (Meld. St 5 (2024-2025)).

Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonen, 2021) viser at ungdom under 18 år med rusmiddelproblemer som behandles i psykisk helsevern for voksne eller i TSB, ofte får behandling som er tilpasset voksne, og at de ikke samtidig får oppfølging i Bup. Mange Bup-poliklinikker mangler grunnleggende kompetanse om rusmidler og avhengighet, samt kompetanse til å avdekke rusmiddelbruk. Riksrevisjonen (2023) viser til at samordningsutfordringer mellom tjenestene og økt kompleksitet og sammensatte utfordringer blant unge i barnevernet som sentrale utfordringer. I rapporten pekes det på manglende kunnskap og forståelse for hverandres arbeid og arbeidsmetoder som skaper barriere for barnevernets samarbeid med andre kommunale og statlige tjenester (Riksrevisjonen, 2023). Tjenestene har ofte ulike forventninger til hva den andre tjenesten skal bidra med, noe som skaper misforståelser og hindrer effektiv samhandling. Samarbeidet blir i tillegg preget av en silotankegang der saker skyves mellom tjenestene og ansvaret for barna blir uklart (Riksrevisjonen, 2023; NOU, 2023:24; Barne- og familiedepartementet, 2025).

Rusproblematikk blant unge som bor i barnevernsinstitusjoner er et komplekst område som krever forpliktende samarbeid med aktuelle eksterne aktører i arbeidet med å forebygge, behandle og motivere barn og unge til å utvikle liv uten skadelig rus (Gundersen et al., 2024; NOU 2023: 24). Ulik problemforståelse og mangel på felles arenaer for dialog bidrar til at tjenestene ikke klarer å koordinere innsatsen. Det overordnede målet med barnevernsreformen var et bedre barnevern, der tjenestetilbudet skulle tilpasses lokale behov. Riksrevisjonens undersøkelse (2023) viser også at det er variasjon i hvor langt kommunene har kommet i arbeidet med å styrke forebygging, tidlig innsats og tiltaksutvikling. Halvparten av alle kommuner har ikke fått på plass forebyggende plan. Det er også utfordringer i samarbeidet, fordi det fortsatt er uklarheter rundt hva forebygging innebærer for barnevernstjenesten og de andre velferdstjenestene (Riksrevisjonen, 2023).

Uklarhet rundt begrepene og mangel på felles forståelse gjør det vanskelig å jobbe mot et felles mål (Riksrevisjonen, 2023; NOU, 2023:24; Barne- og familiedepartementet (2025)). Generelt mangler det oppdatert kunnskap om hvilke forebyggende tiltak rettet mot ungdom og rusproblematikk som virker eller ikke virker (NOU 2019:26, 2019, p. 21). Det samme gjelder virkningen for unge som følge av tiltak og regulering av rusbruk på samfunnsnivå (Hughes et al., 2018; Melchior et al., 2019). Derfor er det viktig å ha søkelys på å utvikle ny kunnskap, verktøy og tilnærminger som kan bidra til å forebygge og hjelpe barn og ungdom til å redusere rusproblemene mens de bor i barnevernsinstitusjoner.

Kapittel 2: Metodiske fremgangsmåter

Vi har valgt å dele oppdragsforståelsen inn i tre fremgangsmåter som bygger på hverandre for å utvikle kunnskap om omfanget av rus, typer av rus og håndtering av rusproblematikk i de utvalgte barnevernsinstitusjonene i BFE. I dette kapitlet vil vi redegjøre for de tre fremgangsmåtene.

Vi har valgt kvalitative intervjuer til å belyse institusjonell praksis, dokumentanalyse til å belyse håndteringspraksis i et nordisk perspektiv, samt registerdata til å kartlegge omfang av rus, type rusmiddel og rusforløp blant barn og unge på barnevernsinstitusjoner.

En forenklet modell av fremgangsmåten fra oppdragsforståelsen illustreres ved hjelp av følgende modell:

Tabell 2.1: Metodiske fremgangsmåter

Fremgangsmåte	Hensikt
Kvalitative intervjuer av institusjonell praksis	For å utforske hvordan BFE- institusjonene jobber med håndtering av rus og samarbeidet med barnevernstjenestene under institusjonsoppholdet.
Registerdata av risiko for alvorlig rusbruk over tid	For å kartlegge omfanget av rus, type rusmiddel og rusforløp blant barn og ungdom på barnevernsinstitusjoner.
Dokumentanalyse av nordisk praksis	For å undersøke erfaringer fra Norden med sikte på hensiktsmessig praksis når det gjelder institusjonell håndtering av rusutfordringer relatert til barn og unge.

2.1 Kvalitative intervjuer av institusjonell praksis

Vårt utgangspunkt i den kvalitative delen av prosjektet har vært å utvikle kunnskap om hvordan BFE- institusjonene håndterer rusproblematikk og hvordan de arbeider med å forebygge rusproblematikk i deres institusjoner.

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med ledere, ansatte, både sentralt og i utvalgte institusjoner Barne- og familieetaten. I tillegg har vi intervjuet ansatte i barnevernstjenester i utvalgte bydeler i Oslo kommune. Til sammen utgjør det empiriske utvalget 59 informanter.

Tabell 2.2: Oversikt over informanter

Informanter	Antall
Ledere på akutt-, omsorg, behandlingsinstitusjoner og barnevernsvakta	11
Ansatte på akutt-, omsorg, behandlingsinstitusjoner og barnevernsvakta	36
BFE sentralt	3
Ansatte i barnevernstjenester	9
Informanter totalt	59

Fremgangsmåte ved rekruttering av ansatte i BFE

I oppstarten av rekrutteringen var vi bevisste på å starte med å rekruttere ungdom, ansatte og ledere i BFE- institusjonene. De institusjonelle erfaringene har vært utgangspunktet for prosjektet.

Vi var åpne på at innslaget av rus kan variere fra en periode til en annen og stilte derfor ikke krav til at deltakelse i studien måtte ta utgangspunkt i, eller relateres til erfaringene med nåværende beboere.

Utgangspunktet for rekrutteringen av informanter har vært at informantene har eller har hatt erfaringer med rus blant unge på BFE- institusjoner. Vi valgte å gå bredt ut når det gjaldt rekruttering av BFE- institusjoner og valgte å henvende oss til akutt, omsorg og behandlingsinstitusjoner. Denne fremgangsmåten skulle vise seg å være tidkrevende, hovedsakelig fordi det var vanskelig å få kontakt med lederne i deres hektiske hverdag.

Hovedvekten av informantene i var kvinner og hadde utdanning eller påbegynt utdanning innen sosialt arbeid og barnevern på bachelor eller masternivå. Mens en mindre del av informantene hadde utdanning innen helsefag på bachelornivå. I tillegg oppga flere informanter videreutdanninger innenfor barnevern, psykisk helse, rus og ledelse. En liten andel var ufaglærte, men med lang arbeidserfaring innen institusjonsbarnevernet. Arbeidserfaringene blant ansatte og ledere i BFE- institusjonene omfattet fra 1 til 30 år. Alderssammensetningen varierte fra 20 år til ca. midten av 60 årene. Hovedvekten av informantene jobbet på dag og kveldstid, mens en liten andel av informantene jobbet på natt.

Fremgangsmåte ved rekruttering av ansatte i barnevernstjenester

Vi har også rekruttert informanter fra barnevernstjenester i Oslo. Vårt utgangspunkt for å rekruttere barnevernstjenestene handlet om å få innsikt i hvordan de vurderer forløpet til barn og unge som har bodd i BFE- institusjoner. Valget handler også om å få tilgang på erfaringer fra en sentral tjeneste «utenfor» BFE. Dette har vært til stor nytte i analysene av hvordan samarbeidet mellom BFE- institusjonene og barnevernstjenestene forløper seg ved henvisning til BFE og samarbeidet med BFE- institusjonene i forløpet og deres kompetanse på rus blant ungdommer.

Alle 15 bydelsbarnevernstjenestene ble kontaktet for forespørsel om intervju og 7 av bydelene har deltatt med 1 eller flere informanter. Informantenes stilling og ansvar var varierende, men fellestrekket er at de har erfaringer med plasseringer av unge samt kjennskap til oppfølgingen underveis i forløpet. Vi gjennomførte denne delen av forskningsoppdraget, etter at vi hadde samlet inn data fra BFE- institusjonene. Vi brukte derfor analysene av intervjuene med ansatte og ledere i BFE- institusjonene som utgangspunkt for utarbeidelsen av intervjuguide.

Vårt utgangspunkt for rekruttering var at ansatte hadde erfaringer med å ha unge plassert på BFE- institusjoner. Vi erfarte underveis i rekrutteringsarbeidet at flere av de ansatte oppga få erfaringer med BFE plasseringer knyttet til rusutfordringer, som også handlet om færre institusjonsplasseringer generelt. Utvalget består derfor av ansatte som har erfaringer med å arbeide med ungdommer med sammensatte utfordringer, deres erfaringer knyttet til forløp i BFE- institusjoner og alternative løsninger til BFE plasseringer. Kjønnssfordelingen i utvalget var ca. 80 prosent kvinner og arbeidserfaringene strakk seg fra 1 til 20 år. Ansettelsesforholdene var nestledere, teamledere og saksbehandlere. Samlet bidro intervjuene til et sammensatt bilde og erfaringer av samarbeid med BFE og deres vurderinger av undersøkelser og analyser som gjøres før henvisning til BFE.

Utfordringer i rekrutteringsprosessen

I gjennomføringen av oppdragsprosjektet var det også planlagt å intervju barn og unge som bor i BFE- institusjoner, for å få frem deres erfaringer med håndteringspraksisene. Ansatte og ledere på BFE- institusjonene tok kontakt med ungdommene med oppfordring til å delta. Vi kontaktet også brukerutvalget i BFE, med samme oppfordring om å delta. Vi lyktes ikke med å rekruttere

ungdommer via ansatte og ledere på barnevernsinstitusjonene eller brukerrådet. Dette kan handle om mange forhold, som for eksempel at studiens tematikk som kan oppleves som utfordrende å snakke om for noen. Det kan også handle om måtene vi henvendte oss på og at ungdommene ikke har så mange erfaringer med å bli intervjuet av forskere. Ungdommene har ofte også vært i kontakt med et omfattende antall hjelpere, slik at de kan være lei av å dele sine erfaringer og historier. Vi vet også fra intervjuene med ansatte i BFE- institusjonene, at ungdommene står i krevende situasjoner som har vedvart over tid. Det er med andre ord mange grunner til at vi ikke lyktes med å rekruttere ungdommer, noe som ikke er ukjent innenfor barnevernsforskning (Gundersen et al., 2024). Manglende respons fra ungdommene førte til at vi valgte å utvide dokumentanalysen av nordisk praksis til å inkludere tidligere intervjustudier av institusjonsungdom⁷.

Gjennomføring av intervjuene

Alle informantene samtykket til deltakelse på bakgrunn av informasjonsskriv om studiet. Informantene ble informert om at deltakelsen i oppdragsprosjektet var frivillig, med mulighet til å trekke seg underveis. I gjennomføringene av intervjuene tok vi utgangspunkt i semistrukturelle intervjuerguider⁸ tilpasset informantgruppene. Vi stilte oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene, når det var et poeng å oppnå utdypninger til spørsmålene som ble stilt.

Intervjuene av ansatte i BFE ble gjennomført fysisk i BFE- institusjonene. Dette førte til viktige nyanser og innsikt i institusjonenes utforminger. Intervjuene av ansatte i bydelsbarnevernet ble gjennomført via Teams. Dette ble valgt fordi det var enklest og mest effektiv måte for begge parter å gjennomføre intervjuene på. Intervjuene ble tatt opp på bånd og lydopptakene ble oppbevart i tråd med retningslinjer utarbeidet av SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør) og OsloMet. Alle intervjuene ble gjennomført individuelt og hadde et omfang fra ca. 20 minutter til ca. 1,5 timer

Analysene av intervjuene

Alle intervjuene ble transkribert ved hjelp av autotekst, men vi erfarte at vi måtte gjennomgå det KI transkriberte materiale for å rette opp språk og innhold. Analysene av intervjuene er gjennomført med utgangspunkt i tematisk analyse, som innebærer å kode materialet og utforske temaer ved å identifisere meningen i det som blir snakket frem i intervjuene (Braun & Clarke, 2006). Hensikten er å identifisere og analysere mønstre og temaer i datamaterialet. Det analytiske utgangspunktet har bidratt til å trekke ut relevante temaer som har utdypet eller fått frem sentrale nyanser av problemstillingene som ligger til grunn for oppdragsprosjektet.

Analyseprosessen har bestått av å belyse og kode informantenes konkrete erfaringer med håndteringspraksiser relatert til ungdommers rusutfordringer i BFE- institusjoner. I tillegg til hva som kjennetegner samarbeidet mellom BFE- institusjonene og bydelsbarnevernet knyttet til ungdommers rusutfordringer i forløpet.

Samlet sett er analysene av informantene gjennomført på bakgrunn av temaer som kom frem under intervjuene. Vi har valgt å bruke mye plass på å vise til sitater som understreker temaenes relevans og ikke minst knyttet til vitenskapelig prinsipper som troverdighet og transparens i analyseprosessen (Skilbrei, 2023).

⁷ Se kapittel 6, seksjon 6.4.

⁸ Se vedlegg 1, 2 og 3.

2.2 Registerdata

Studiepopulasjonen

Studiepopulasjonene som inngår i analysene, består av alle som er født i perioden 1982 til 2009 bosatt i Norge⁹. Grunnen til at vi har avgrenset studiepopulasjonen til disse kohortene, skyldes at de må være i alder der institusjonstiltak er aktuelt, det vil si mellom 12 og 18 år.

Barnevernsdataene som benyttes inneholder informasjon om barnevernstiltak fra og med 1994 til og med 2022. Dermed vil de eldste være 12 år når observasjonsperioden starter i 1994 og de yngste være 13 år når observasjonsperioden slutter i 2022. Dette gir kohorter født i perioden 1982 til 2009.

Barnevernsregisteret

I dette datamaterialet inngår alle barnevernsdataene fra bydelenes og kommunenes fagsystemer, og derfor også data om hele institusjonspopulasjonen fra Oslo (nåværende og forutgående), samt dere foreldre.

Datamaterialet inneholder overordnede årsaker til hvert enkelt barn og ungdoms barnevernsforløp, for eksempel type vold og omsorgssvikt i hjemmet, helseutfordringer hos barnet og helseutfordringer hos foreldre. I disse saksgrunnlagene inngår også barnet/ungdommens bruk av rus og foreldres rusproblemer, samt året/måneden rusproblemet hos barnet/ungdommen ble registrert av barnevernstjenesten for første gang.

Andre registerdata som benyttes i rapporten

I tillegg inneholder registerdataene siktelser for rusmiddellovbrudd for både ungdommene og foreldrene, samt andre siktelser relatert til vold og mishandling. Vi har i tillegg hentet data om alder og bosted fra folkeregisteret.

2.3 Dokumentanalyse av håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv

Forskningsoppdraget omfatter en dokumentanalyse om institusjonelle praksiser og erfaringer i Norden. Formålet med dokumentanalysen er å sammenstille relevant kunnskap om anvendte praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Det empiriske grunnlaget består av ulike dokumenttyper, inkludert vitenskapelige publikasjoner, rapporter og offentlige styringsdokumenter fra nordiske land.

For å identifisere relevante dokumenter og sammenstille kunnskap gjennomførte vi et systematisk litteratursøk med strukturert gjennomgang og analyse. Hensikten er å beskrive relevant kunnskap om institusjonelle praksiser og erfaringer med rusutfordringer i barnevernsinstitusjoner. Vi tok utgangspunkt i fremgangsmåten for kunnskapsoppsummering (Folkehelsebiblioteket, u.å.), inkludert trinnene:

- Definere dokumentanalysens formål og forskningsspørsmål

⁹ Studiepopulasjonen og data fra registre er basert på datamaterialet i OsloMet-studien 'Barnevern i Norge: Tjenestekvalitet, velferd og sosial ulikhet i et livsløpsperspektiv' <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/barnevern-norge-tjenestekvalitet-velferd-sosial-likhet-livsløpsperspektiv>

- Utvikle og avklare inklusjonskriterier og analysestrategi i henhold til forskningsspørsmålet
- Beskrive og gjennomføre fremgangsmåten for systematisk litteratursøk og strukturert gjennomgang av relevante dokumenter
- Hente ut og sammenstille informasjon fra relevante dokumenter i henhold til inklusjonskriterier og forskningsspørsmål

For å sikre breddekunnskap har vi hovedsakelig satt søkelys på håndtering av rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner, og supplert med kilder om håndtering av rusrelaterte utfordringer blant ungdom generelt. På grunn av manglende ungdomsintervjuer i prosjektets kvalitative del inkluderte vi også intervjustudier med institusjonsungdom fra Norden. Funn fra dokumentanalysen presenteres i kapittel 6, mens tilhørende anbefalinger presenteres og diskuteres sammen med funn fra forskningsoppdragets øvrige deler i kapittel 7. Kapittel 6 avsluttes med funn om institusjonsungdoms erfaringer og perspektiver.

Analysefunn ble sammenstilt deskriptivt og kategorisk, og diskutert i sammenheng med funn fra den supplerende gjennomgangen¹⁰. Den deskriptive oppsummeringen omfatter både funn fra det systematiske litteratursøket og den strukturerte gjennomgangen¹¹ og nøkkelinformasjon om de inkluderte hoveddokumentene¹². Den kategoriske sammenstillingen inkluderer funn relatert til utvalgte delspørsmål i forskningsoppdraget¹³ og knytter dem til håndteringspraksiser på mikro- og makronivå¹⁴.

Skillet mellom mikro- og makronivå ble gjort med utgangspunkt i egenskaper ved praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner, og omfatter praksiser på individ-, tjeneste- og samfunnsnivå. Praksiser på individnivå omfatter innsats rettet mot enkeltungdommer og deres nærmeste nettverk og omgivelser.

På tjenestenivå omfatter aktuelle håndteringspraksiser rutiner, regler, ressurser, fokusområder ved tjenesten og innhold eller innretning av institusjonstilbudet. Praksiser på samfunnsnivå inkluderer politisk og økonomisk styring, regulering og prioriteringer, kartlegging og kunnskapsutvikling om institusjonspopulasjonen, kvalitetsutvikling av tjenester på barnevernfeltet samt nasjonale innsatsområder og standarder..

2.4 Etiske hensyn i forskningsprosessene

Oppbevaring av data

Vi har fulgt gjeldende forskningsetiske retningslinjer og personvernlovgivning gjennom hele forskningsprosessen fra rekruttering, innhenting av data, oppbevaring, lagring og formidling av data, og i samråd med SIKT (Personverntjenester for forskning til utdannings- og forskningsinstitusjoner).

¹⁰ Se metodebeskrivelse i vedlegg 4.

¹¹ Se vedlegg 4, figur 6.1.

¹² Se vedlegg 4, tabell 6.1.

¹³ Se seksjon 6.3.

¹⁴ Se figur 6.2.

Forskningsoppdraget ble før oppstart og innhenting av data meldt til SIKT (prosjektnummer: 814769) og det ble gjennomført en personvernkonsekvensutredning (Data protection impact assessment; DPIA) for å sikre at koblingen av kvalitative data var i samsvar med personvernreglene, som ble godkjent av personvernombudet ved OsloMet før oppstart. Denne prosedyren ble gjennomført med tanke på å rekruttere barn under 18 år.

Alle personsensitive data brukt i denne rapporten, er oppbevart og analysert i Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo. TSD er en IT-plattform ved UiO spesialtilpasset for lagring av sensitive forskningsdata. Når det gjelder oppbevaring og tilgang til registerdataene, har SSB overført dataene til Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Kun dataadministrator kan hente ut data fra server (TSD), forskere får kun tilgang til data som til enhver tid er relevant, men henter ikke data ut fra server. Alle analyser er gjort mens data har vært lagret på server hos TSD.

Anonymitet og ivaretagelse av informantene i den kvalitative studien

Det har vært et viktig prinsipp gjennom hele forskningsprosessen å ivareta informantene som har deltatt. Ett av grepene for å ivareta informantenes konfidensialitet og anonymitet har vært å anonymisere institusjonene med hensyn til navn og geografisk tilhørighet. I noen få tilfeller har vi valgt å spesifisere institusjonstypen, det vil si at vi har benyttet betegnelser som omsorg, akutt eller behandlingsinstitusjoner for å utdype noen forskjeller mellom de 3 institusjonstypene. Det samme gjelder forholdet mellom ansatte og ledere. Der hvor informantgruppene har ulike erfaringer eller tilnærminger, henviser vi til hvorvidt empirien er hentet fra ansatte eller ledere. Utover noen spesifikke forskjeller mellom informantgrupper og institusjonstyper blir resultatene fra intervjuene analysert uten å benevne dette ytterligere. Dette handler også om utgangspunktet for prosjektet som i sin helhet er knyttet til institusjonelle erfaringer med håndtering av rusproblematikk, uten å knytte det spesifikt til ansettelsesforhold eller institusjonstype.

Når det gjelder intervjuene med barnevernstjenestene, har vi på samme måte valgt å anonymisere informantene med hensyn til bydelstilhørighet og andre personidentifiserende opplysninger.

Det har vært viktig for oss å ivareta anonymiteten til 3. personer, som i denne sammenhengen handler om ungdommene eller beboerne som oppholdt seg i BFE-institusjonen da vi intervjuet ledere og ansatte. Vi har derfor valgt å bruke benevnelsen hen i de tilfeller hvor informantene bruker kjønn i beskrivelsene av ungdommene eller andre 3. personer. I enkelte sitater blir også mor eller far nevnt og her har vi valgt å bruke benevnelsen foreldre. Vi har også fjernet detaljer som geografiske kjennetegn eller andre personidentifiserende kjennetrekke for å sikre og ivareta anonymiteten til hele utvalget for den kvalitative studien. Samlet for hele det kvalitative utvalget, så har vi fjernet kjønn og alder som også er i tråd med etiske hensyn og prinsipp for ivaretagelse av informantene (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021).

Samlet sett har ivaretagelsen av informantenes konfidensialitet vært et viktig prinsipp gjennom hele forskningsprosessen. Dette er et grunnleggende forskningsetisk prinsipp (Skilbrei, 2023). Det kan likevel være slik at flere av informantene som har deltatt i studien kan kjenne seg igjen i flere av fremstillingene, fordi vurderingene og erfaringene med å håndtere rusproblematikk har noen fellestrekk som ligner hverandre. Sitater fra alle informantene i den kvalitative studien er brukt for å få frem de analytiske poengene. For å unngå bakveisidentifisering, det vil si at vi vil unngå at leser kan gå tilbake til alt en informant har sagt, har vi valgt å ikke bruke fiktive navn i presentasjonene i sitatene (Gundersen, 2024).

Registerdata og sensitive data

Siden prosjektet benytter registerdata av svært omfang om den enkelte registrerte, inkludert sensitive opplysninger om sårbare registrerte, vil det kunne oppfattes som belastende for den enkelte dersom informasjonen skulle komme på avveie. Personverntjenester har vurdert at det er høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter i dette prosjektet, spesielt ettersom behandlingen utfordrer prinsippene om åpenhet og dataminimering, men at prosjektet håndterer de identifiserte risikoene på en akseptabel måte, slik at ingen enkeltpersoner som inngår i datamaterialet kan identifiseres verken i datasettet eller i publiseringer av datasettet.

Svakheter og styrker i datagrunnlaget som helhet

Registerdata

Bruk av longitudinelle registerdata gir tilgang til store og representative datamengder som dekker hele befolkningen, noe som styrker generaliserbarheten av funnene. Dataene muliggjør analyser av endringer over tid, og gir dermed innsikt i dynamiske prosesser og utviklingsforløp på individ- og gruppenivå. Registerdata har ofte høy validitet for administrative hendelser, ettersom de er innsamlet systematisk og med juridiske krav til nøyaktighet. En betydelig styrke er fraværet av seleksjonsbias knyttet til deltakelse, ettersom dataene omfatter hele populasjonen og ikke er basert på frivillig rekruttering.

Registerdataenes styrke er at de inneholder hele institusjonspopulasjonen fra Oslo og fra landet ellers. Dermed unngår man problemer knyttet til skjevheter i utvalget, det vil si at det er ungdommer med visse kjennetegn som er med i analysene. For inneværende prosjekt vil styrken dermed være at ungdommene som inngår i analysen er med uavhengig egen motivasjon og mulighet til å påvirke deltakelsen. Dette er viktig med tanke på at populasjonen er representativ og ikke består av ungdommer med særskilte egenskaper, som kunne ha medført at omfang av risiko for alvorlig og vedvarende rusbruk ble estimert for lavt eller for høyt.

En annen styrke ved å bruke registerdataene, er at muligheten til å følge det samme individet over tid. Siden registerdata om barnevernstiltak er systematisk registrert over en 25 – 30 års periode, gir dette mulighet til å følge flere kohorter gjennom hele barnevernsforløpet, samt sammenlignet institusjonspopulasjonen siste år, med institusjonspopulasjoner for 10 og 20 år siden.

Til tross for mange styrker ved registerdata, innehar de også usikkerhet. Registerdata er ofte begrenset til det som er relevant for administrative formål, og kan dermed mangle kontekstuelle eller kvalitative nyanser. Det kan også oppstå problemer med målefeil eller endringer i registreringspraksis over tid, noe som kan påvirke datakvaliteten og sammenlignbarheten.

For å kunne gjøre valide sammenligninger over tid, er en forutsetning at registreringspraksis for parameteren som sammenlignes er registrert inn på samme måte og at innholdet i tematikk, ikke varierer systematisk i observasjonsperioden. Dersom for eksempel barnevernstjenestene på rundt 2020 har høyere eller lavere terskel enn rundt 2000-tallet for å angi at ungdom har rusproblemer i informasjonen på feltet i fagsystemet som registerdata hentes fra, vil dette svekke validiteten og muligheten for å gi en god vurdering av eventuelle endringer over tid. Tilsvarende gjelder for sammenligning av parametere på tvers av barnevernstjenester: Dersom ansatte i barnevernstjenestene har svært ulik terskel for å registrere inn rus, vil dette påvirke omfanget av rus som kan estimeres. En måte å avklare om variasjoner i terskler og tolkning utgjør et stort problem, er å sammenligne nasjonale forekomster over en tid. Dersom andelen som er registrert med saksgrunnlaget rus er relativt stabil fra år til år, eller ikke varierer mellom regioner over tid, er dette tegn på at det ikke er systematiske skjevheter relatert til terskel for innregistrering av

bekymringer knyttet til ungdommens rus. I kapittel 3 vil svakhetene ved registerdataene som inngår i analysene, samt hvilken betydning de har for tolkning av resultatene, omtales nærmere.

Kvalitative intervjuer

I fremstillingene av det kvalitative datagrunnlaget er det som tidligere nevnt en svakhet at vi ikke klarte å rekruttere ungdommer som hadde erfaringer med å bo i BFE- institusjoner. Dette innebærer som tidligere nevnt, at vi ikke har empirisk kunnskap som gjelder ungdommenes perspektiver og erfaringer med håndtering av rus i BFE- institusjoner. I tillegg må det påpekes at analysene av ansatte i bydelsbarnevernet 9 informanter som betyr at utvalget utgjør en liten andel av antall ansatte i bydelsbarnevernet totalt. En styrke i den kvalitative delen av prosjektet er den positive responsen og rekrutteringen av ansatte i BFE- institusjonene. Dette har bidratt til viktige nyanseringer av den daglige praktiseringen av rusutfordringer blant unge som bor i BFE- Institusjoner.

Samlet sett utgjør analysene av intervjuene i den kvalitative delen av prosjektet til innspill, vurderinger og perspektiver som berører forhold innad i BFE- institusjonene, samt samarbeidet med tjenestene utenfor.

Dokumentanalyse

Dokumentanalysen har både styrker og svakheter som det er relevant å belyse og ta hensyn til i tolkning av funnene. Når det gjelder søkestrategien, er en svakhet at enkelte relevante søkeord og databaser kan ha blitt utelatt fra litteratursøket. I tillegg kan det ikke utelukkes at relevante dokumenter har blitt oversett i utvelgingsprosessen av relevante dokumenter. Samtidig er ikke formålet med dokumentanalysen en uttømmende oppsummering av det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, men snarere en strukturert gjennomgang av utvalgte og relevante dokumenter som belyser oppdragets forskningsspørsmål.

Når det gjelder det empiriske grunnlaget, er det en styrke at dette omfatter vitenskapelige (fagfellevurderte) publikasjoner. Samtidig kan inkluderingen av ikke-vitenskapelige publikasjoner, slik som offentlige dokumenter, rapporter og masteroppgaver, representere en svakhet, selv om det kan antas at disse er kvalitetssikret på andre måter. Kombinasjonen av vitenskapelige og ikke-vitenskapelige kilder bidrar samtidig til å gi et bredere og mer helhetlig bilde av temaet og problemstillingene som undersøkes.

Når det gjelder overførbarhet, gir dokumentanalysen verdifull innsikt i bredden av erfaringer og praksiser. Likevel utgjør dette også en begrensning, da funnene har varierende overføringsverdi. Erfaringer og praksiser er ofte kontekstavhengige og kan variere betydelig mellom ulike geografiske områder, former for offentlig organisering, målgrupper og tjenesteinnretninger.

Oppsummering av kapittel 2

- Datagrunnlaget for oppdragsprosjektet er basert på tre metodiske fremgangsmåter, hvor registerdata, kvalitative intervjuer og dokumentanalyser inngår som empiri.
- Vi har valgt et bredt spekter av fremgangsmåter, som også styrker kvaliteten i det empiriske grunnlaget i dette forskningsprosjektet.
- Mangfoldet i metoder har bidratt til et rikt material som har vært nyttig fordi det har gitt innsikt i flere perspektiver og tilnærminger når det gjelder ungdom og rusutfordringer nasjonalt og internasjonalt og i en barnevernsfaglig kontekst. Dette har bidratt til å styrke troverdighet og pålitelighet i forskningsprosjektet.

- Registerdata som benyttes i dette prosjektet omfatter alle personer født mellom 1982 og 2009 i Norge, samt deres foreldre, for å sikre at individene er i relevant alder (12–18 år) for institusjonstiltak i observasjonsperioden vi har informasjon om barnevernstiltak (1994 – 2022), saksgrunnlag i barnevernet (1994/2013 – 2022) og siktelser for rusrelatert kriminalitet i perioden (2022 – 2022).
- Den kvalitative delen av materialet består av til sammen 59 individuelle intervjuer med ledere og ansatte i BFE- institusjoner og ansatte og ledere i barnevernstjenestene i 7 bydeler.
- Dokumentanalyse baserer på dokumenter knyttet til erfaringer og praksiser i møte med rusrelatert problematikk på barnevernsinstitusjoner i Norden (25), samt supplerende dokumenter om rusrelaterte utfordringer blant ungdom generelt (53).
- Vi har redegjort for svakheter og styrker ved datagrunnlaget, samt forskningsetiske betraktninger og hensyn i forskningsprosessen.

DEL 2: ANALYSER AV FUNN

Kapittel 3: BFE- institusjoners erfaringer med å håndtere rusutfordringer

3.1 Innledning

I dette kapittelet analyserer vi intervjuer med ansatte og ledere i Barne- og familieetaten (BFE). Datagrunnlaget er 47 individuelle intervjuer med ansatte ved BFE-institusjoner. Vi har også analysert et utvalg henvisningsskjemaer fra bydelsbarnevernet for å få fram opplysninger om ungdommenes rusbruk før opphold i institusjon. I analysen presenterer vi informantenes erfaringer, vurderinger og synspunkter om hvordan ansatte håndterer rusrelaterte situasjoner blant ungdommene som bor i BFE-institusjonene.

Følgende del-problemstillinger danner utgangspunktet for analysene i kapittelet:

- Hvilken type rus strever ungdom på institusjon med?
- Har rusbruken oppstått før eller i løpet av institusjonsoppholdet?
- Hvordan oppdager de ansatte rusproblemer og varierer avdekking av rus etter kjennetegn ved ungdom og type rus?
- Hvilke forutsetninger har de ulike institusjonene for å jobbe med rusrelaterte utfordringer, som anledning til å bruke tvang ved henholdsvis omsorgsinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner?
- Hvilken nytte har de ulike institusjonenes miljøterapeutiske metoder og praksis med tanke på utfordringer knyttet til rus?
- Hvilke perspektiver på rus dominerer forståelsen til ansatte og ledere på institusjonene og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet med barna?
- På hvilken måte kan det sosiale miljøet blant ungdommen på institusjonene fremme eller hindre rusbruk?
- Hva kjennetegner samarbeidet med eksterne tjenester og tiltak rettet mot ungdom og rus?

Kjennskapet til ungdommenes rusproblematikk ved inntak i BFE- institusjonene

Informantene viser til at rutinene ved inntak av nye beboere er å kartlegge livsområdene til ungdommene i løpet av de første 8 ukene av institusjonsoppholdet. Kartleggingen som gjøres er i tråd med retningslinjene for Standardisert forløp i barnevernsinstitusjonene og består av kartleggingsverktøy, observasjoner av og samtaler med ungdommene (Bufdir, 2024). En av informantene beskriver kartleggingsfasen i starten av forløpet på følgende måte.

Vi har jo en kartleggingsfase i starten som er på åtte uker. Og da kartlegger vi jo veldig bredt, men vi har ikke noen konkrete egne ruskartlegginger, annet enn at vi følger jo ungdommene døgnet rundt. Så vi får jo veldig mange miljøterapeutiske observasjoner, og det blir jo kartlagt sånn sett da.

Ifølge lederne i BFE- institusjonene viser kartleggingene som gjennomføres at ungdommene ofte har mer omfattende livsutfordringer enn det som er kartlagt av barnevernstjenestene før inntak. Kartleggingene som BFE- institusjonene gjennomfører de første 8 ukene viser ungdommenes rusproblemer ofte mer omfattende enn det som er beskrevet i henvisningsskjemaene fra bydelsbarnevernet. En av lederne i BFE- institusjonene utdyper behovet på følgende måte.

Ofte så avdekker vi kanskje mye større livsproblemer enn det som ble forespeilet, så det er større behov for å kartlegge rus på lik linje som kartlegging av andre livsområder.

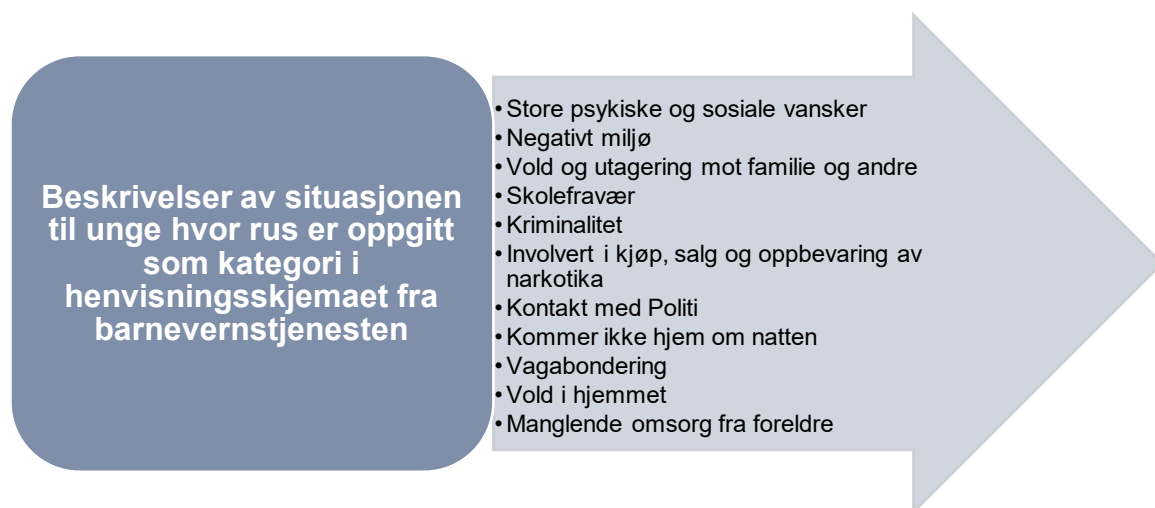
Å likestille rusutfordringer med andre livsområder fremstår som et gjennomgående mønster og ønske blant informantene i intervjumaterialet. Lederne på BFE- institusjonene knytter nødvendigheten av bakgrunnsinformasjon om rus til mulighetene til å tilpasse eventuelle rusutfordringer i institusjonsoppholdet. Analysene viser også at lederne er bevisste på å stille oppfølgingsspørsmål om rus før inntak, der dette ikke er omtalt i henvisningsskjemaet fra bydelsbarnevernet.

Vi stiller jo ofte det spørsmålet når vi har sånne drøftingsmøter før inntak eller før plassering. Så har vi også litt søkelys på om det er noe kjent rushistorikk der, for å være litt forberedt på om det kan være det. Sånn at hvis ikke det står i selve henvisningen, så er vi veldig bevisst på å stille spørsmål rundt det.

Manglende kjennskap til rusnivået før inntak betyr også at BFE- institusjonene har begrensede muligheter til å forberede eller tilpasse oppfølgingen knyttet til rus ved inntak. Informantene vektlegger at rus ofte er nevnt i henvisningen, men uten konkrete opplysninger om omfanget av rusbruk og hvilke typer rusmidler som brukes. En av lederne poengterer dette på følgende måte.

Men det er nok en gjenganger, og særlig når det gjelder rus, at det står litt i papirene. At ungdommen kanskje har prøvd hasj et par ganger, så er det et mye større og voldsomt forbruk eller utfordringer enn det som har blitt kommunisert i den første runden.

Prosjektgruppen fikk i løpet av prosjektperioden tilgang til et anonymisert uttrekk av henvisningsskjemaer for inntak til BFE, for perioden 2022-23. Det er barnevernstjenestene som fyller ut henvisningsskjemaene som blir sendt til BFE¹⁵. Uttrekket av henvisningsskjemaene resulterte i totalt 88 saker. BFE sentralt har gjennomgått 45 av sakene, hvorav 21 av dem hadde dokumentasjon relatert til rus som var relevant for forskningsoppdraget. Figuren 3.1 viser oversikt over benevnelser som er brukt av barnevernstjenestene i de 21 henvisningsskjemaene, der rus er en del av utfordringene til ungdommene som ble henvist i den utvalgte perioden.



Figur 3.1: Beskrivelser av kjennetrekke ved inntak

¹⁵ Analysene av henvisningsskjemaene er basert på et uttrekk av barn over 14 år som ble plassert i BFE-institusjon i tidsperioden 2022 og 2023, hvor boforholdet var lengre enn seks uker.

Kjennetrekke som er fremstilt i figur 3.1 viser at beskrivelser av hyppighet og omfang av rusmidler i liten grad er beskrevet i henvisningsskjemaene. Vi er varsomme med å trekke konklusjoner på bakgrunn av denne gjennomgangen, ettersom uttrekket av henvisningsskjemaer for utvalgt periode ikke er fullstendig. Vi vil komme tilbake til bydelsbarnevernets praksis når det gjelder kartlegging av rus i kapittel 4. Samlet viser analysene at informantenes kjennskap til ungdommenes rusproblematikk betegnes som lite spesifisert med hensyn til hyppighet og omfanget av rusmidlene til ungdommene som henvises.

Hvordan kartlegges rus den første tiden etter inntak?

Den første tiden av institusjonsoppholdet i BFE blir alle livsområdene til ungdommene kartlagt som en del av det standardiserte forløpet. Felles for analysene av informantene i BFE-institusjonene er at kartleggingen av rus krever tid og relasjon til ungdommene for å oppnå mest mulig kvalitet i kartleggingsarbeidet. Dette erfares som krevende å få til i løpet av den første tiden av institusjonsoppholdet. En av informantene synliggjør denne utfordringen på følgende måte.

Det er en utfordring å få kontakt med ungdommene. Og når vi får dem til å svare ut, så har jeg nok en tanke om at generelt så svarer ungdommene ikke så veldig ærlig på det med rus, særlig hvis det ikke er kartlagt fra før av. Vi har jo ungdommer som sier ja, jeg røyker hasj daglig, men det er mer sjeldent. Så hvordan vi kartlegger det, det kommer nok mer av at vi ser etter kjennetegn. Vi er veldig på i starten med observasjoner, spesielt hvis vi får noen indikasjoner fra nettverket.

Tid har ifølge informantene betydning for kartleggingen av rus ved inntak i BFE-institusjonene, som ofte innebærer et lengre tidsintervall enn de 8 ukene som er utgangspunktet for første fase i standardisert forløp (Bufdir, 2024). I den praktiske gjennomføringen av kartleggingsarbeidet koples tidsaspektet til arbeidet med å få frem et mest mulig virkelighetsnært bilde av ungdommenes bruk av rusmidler. En av informantene utdyper.

Og så tar det gjerne lang tid i etterkant at den reelle informasjonen kommer frem til oss. Og ungdommene kan fortelle selv etterpå, når det har gått 2 år og sånne ting, det er da vi vet ganske mye, dessverre.

Informantene er også tydelige på at tidsaspektet handler om ungdommenes opplevelse av trygghet til å være ærlige om sine rusutfordringer ovenfor ansatte.

Jeg synes det er bra at vi har standardisert forløp, men jeg har full forståelse for at en ungdom ikke sitter og svarer ærlig om sin rusbakgrunn til den voksne som de har sagt hei til i en ukes tid. Jeg synes spørsmålene er gode, men hadde jeg vært ungdom, så hadde jeg ikke svart ærlig på det selv heller. Så den samtalen vil jeg kanskje ha svart ærlig på etter et halvt år, ikke etter en uke eller to.

I: Kan du utdype?

Ja, det handler jo om kontaktetablering og tillit til å jobbe med relasjonen først, det er jo min tanke, men likevel så er det jo en informasjon som vi burde ha fortrest mulig på plass.

Å bygge tillit hos ungdommene er tidkrevende, men nødvendig for å innhente pålitelige opplysninger om deres erfaringer med rusmidler i inntaksfasen. Kartleggingen kan beskrives som en prosess der man må «skynde seg langsomt». På den ene siden er det ønskelig å få mest mulig informasjon om rusbruken tidlig i forløpet; på den andre siden krever åpenhet om egen bruk både tid og tillit. Relasjonen må oppleves som trygg og bygges gradvis.

Informantene understreker at relasjonen er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet i BFE-institusjonene. En av informantene utdyper betydningene av relasjon på følgende måte.

Vi har ingenting, hvis vi ikke har en form for relasjon i arbeidet med ungdommene, også når det gjelder rus. Du har ingenting hvis ikke du har en relasjon. Og jeg tenker at alle ansatte skal ikke ha kjemi med alle ungdommene, akkurat som at alle ansatte ikke har kjemi med alle kolleger heller.

Andre forhold som også kan bidra til å begrense informasjonen om omfanget av rusmiddelbruk, knyttes til ungdommenes frykt for konsekvensene av å være åpne om egen bruk. En av informantene utdyper dette med erfaringer knyttet til ungdommenes åpenhet om egen rusbruk.

Og så er det jo litt individuelt hvor mye de har lyst til å fortelle. Noen forteller en del innimellom, men det er vel kanskje ikke så mange som legger alle kortene på bordet med en gang. Rus er jo ofte skjult, da.

Analysene viser samlet at ruskartleggingen i institusjonsoppholdets innledende fase gjennomføres etter standardisert forløp. Kartlegging av ungdommenes rusomfang oppleves som krevende. Informantene forklarer dette med at standardisert kartlegging av livsområder forutsetter tid til å bygge en trygg relasjon og tillit, særlig ved kartlegging av rus. Dette er gjennomgående mønster i alle intervjuene.

Alkohol og cannabis dominerer rusbruken blant ungdommene

Kartleggingen viser at alkohol og cannabis er de mest utbredte rusmidlene blant ungdommene under opphold i BFE-institusjoner. Informantenes beskrivelser kan henge sammen med at personalet kjenner tegn og symptomer på disse rusmidlene godt, og derfor lettere oppdager bruken, noe en av informantene utdyper nedenfor.

Det meste vi har oppdaget, eller jeg har oppdaget av rusing, er jo alkohol. At ungdommene er drita når de kommer inn. Det kan man lett kjenne igjen. Den rusen er liksom lett for oss ansatte å kjenne igjen. Det er jo normaliteten av rus som vi ansatte kjenner igjen.

Kunnskap om ulike rusmidler kan derfor være avgjørende for å oppdage bruk blant ungdom. En informant sier det slik: «Vi blir så sløve og tror at alt handler om cannabis og alkohol». I analysene av intervjuene blir det også vektlagt at ungdommene ikke nødvendigvis debutterer med rus i BFE-institusjonene, slik media (f.eks. NRK serien: Instukids) ofte fremstiller det som. Informantene vektlegger at ungdommene som ruser seg jevnlig i BFE-institusjonene har kjennskap og erfaringer med rusmidler før innflytting. En av de ansatte utdyper ungdommenes kjennskap og erfaringer til rus på følgende måte.

Jeg tror ikke vi har vært så mye borte i at ungdommer har tatt mye nye rusmidler i institusjonsoppholdet. Jeg tror de er kjent med ulike rusmidler før de kommer hit. De er ganske trent. Vi har jo noen som er veldig rutinert, eller vi har hatt noen ungdom som har vært veldig inn i rus og de vet at hvis de blander det og det, så blir det sånn, og hvis de blander det og det, så blir det sånn. Så det kan jo godt hende at de blander ulike rusmidlene for å prøve å se hvordan det blir, men jeg tror ikke det er noen som tar rus for første gang.

Informanten viser her til at ungdom som bruker rusmidler under institusjonsoppholdet, ofte er erfarne og kjenner virkningen av ulike rusmidler før de flytter inn i BFE-institusjonene. Dette utelukker ikke at rusproblemene kan eskalere og bli mer alvorlige under oppholdet. Vi kommer tilbake til smitteeffektens betydning senere i kapitlet. Samlet viser analysene av ansattes

erfaringer med ungdommenes rusbruk at alkohol og cannabis er mest brukt. Det er disse rusmidlene som oftest blir oppdaget, men informantene utelukker ikke at også andre rusmidler forekommer.

Tegn og symptomer er praksis for mistanke om rus

Så langt har vi analysert hva som kjennetegner informantenes kartlegging av ungdommenes rusbruk i den tiden etter inntak i BFE- institusjonene. I dette avsnittet retter vi oppmerksomheten til hva som kjennetegner vurderingsgrunnlaget når det er mistanke om oppbevaring eller bruk av rusmidler. Analysene av informantenes beskrivelser viser at mistanke om rus knyttes til bestemte tegn og symptomer. En av informantene utdyper praksis rettet til mistanke om rus på følgende måte.

Hvordan jeg ser det? Jeg prøver å skifte lys i rommet, og har søkelys på øynene og pupillene når ungdommene kommer inn og om de holder blikkontakt. Om det er slurving i språket. Om det er usammenhengende babling om temaer. Om de har en annen type kroppsholdning. Om de er trøtte og spiser mye når de kommer. Hvis det er noen av disse endringene, så skaper det en mistanke om rus.

Sitatet viser til et vurderingsgrunnlag som ligner politiets vurderinger ved trafikk kontroll. Dette omtales som tegn og symptomer (Justis- og beredskapsdepartementet, 2022). Tilnærmingen går ut på å se etter konkrete kjennetegn som kan tyde på inntak eller besittelse av rusmidler, for eksempel pupille størrelse. Ifølge informantene oppstår mistanke om rus ofte gjennom en kombinasjon av flere forhold i ungdommenes atferdsmønstre. Nedenfor vises det til 3 eksempler fra intervjuene på handlingsmønstre som vekker mistanke om rus blant informantene.

Men det er den der overgangen mellom når ungdommene begynner å utebli mye og det begynner å bli mye utageringer. Vi får ikke grep om ungdommen. Vi får ikke kontakt med ungdommen, de trekker seg unna oss i personalet.

Når ungdommene har vært ute og ikke kommer inn til avtalt tid, så skjønner man jo tegningen ganske fort. I perioder hvor det har vært mistanke her, så er det jo dette med spising, behov for søtt. Du ser det jo litt på pupillene deres også.

Når ungdommen er mye ute eller bruker mye av dagen sin på rommet og sover mye. Det vekker en mistanke om rus med en gang.

Informantene viser til at mistanke om rus handler om tegn og symptomer på atferdsmessige forhold som tilbaketrekning, utageringer, at de ikke overholder avtaler, at de er trøtte og endringer i matvaner. Mistankene om rus blir jevnlig diskutert i personalet som er på jobb, i vaktskifter og på personalmøter. En av informantene utdyper hvordan mistanke om rus blir diskutert blant ansatte og utfordringene knyttet til å konfrontere ungdommene med mistankene om rus.

Vi har jo akkurat hatt en ungdom her som det var mye mistanke om både distribuering og rusbruk, så da var det veldig mye snakk om det. Og så er det i hvert fall en ungdom her nå, hvor man stadig er litt usikker på det da. I det tilfellet der så har vi vært veldig direkte med hen i forhold til at vi mistenkte rus. Altså at det ligger noe bak her og hen ble veldig aggressiv av det. Hen sier at hen har ruset seg, men at det ligger tilbake i tid. Og hen var veldig med på å la seg frivillig rus testes da. Og så er det det å få det i gang når man prøver. Jeg var særkontakten¹⁶, så jeg hadde jo jobbet litt med det. Så bestilte hen noen

¹⁶ Særkontakt betyr i denne sammenheng at en ansatt har det overordnede oppfølgingsansvaret for 1 av ungdommene som bor i BFE- institusjonene.

legetimer, men uteble da. Så da vedvarte den mistanken litt. Det er veldig lett å si at man vil la seg frivillig rustestet, og ikke gjøre noe med det.

Analysene av informantenes beskrivelse av praksis for mistanke om rus viser at tegn og symptomer er utgangspunktet for mistanke om rus blant ungdommene. Mistankene og vurderingene knyttes ifølge informantene til ungdommenes atferd, basert på tegn og symptomer av rusmidler som de har kjennskap til. Konsekvensene av praksisen kan være at andre typer av rusmidler som inntas av ungdommene, ikke blir oppdaget av personalet.

Nulltoleranse for rus er utgangspunktet for inngripende tiltak

I dette avsnittet presenterer vi analyser av informantenes erfaringer med håndtering av rus i konkrete situasjoner i BFE-institusjonene. Prinsippet for håndteringspraksis i institusjonene er nulltoleranse for rus. Det vil si at besittelse og bruk av rusmidler ikke er tillatt i institusjonene. En av informantene utdyper hvordan nulltoleranse blir forstått og praktisert.

Vi har jo nulltoleranse for rus uansett. Uansett om det er normer i samfunnet at alle ungdommer til en viss grad eksperimenterer noe. Det er jo ikke unormalt at en 17-åring drikker på en fest en gang iblant. Men det betyr ikke at de får lov til det her. Så vi har vanlige prosedyrer. Har vi mistanke om at du har alkohol på rommet, så har vi romransakelse. Og vi finner det, og vi tar det. Så det er ikke noe diskusjon rundt det, og alle de ungdommene her er helt klar over det.

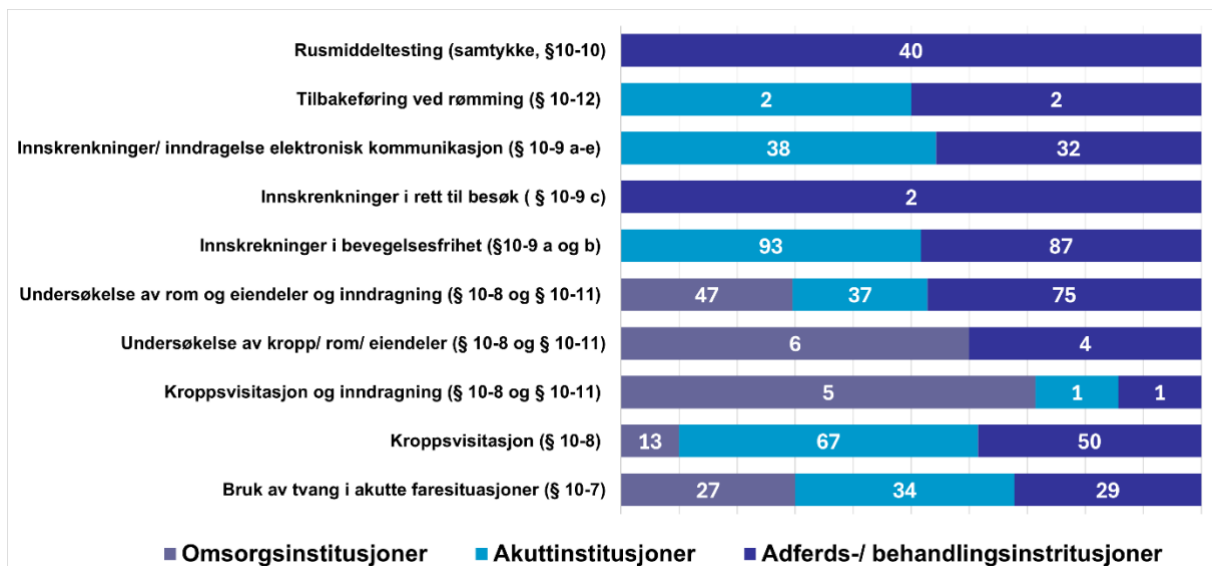
Mistanke om rus kan utløse inngripende tiltak, slik informanten ovenfor viser til. Barnevernsloven kapittel 10, regulerer rettighetene for barn som oppholder seg på barnevernsinstitusjoner, og adgangen til å begrense rettighetene og det juridiske grunnlaget¹⁷ for å benytte inngripende tiltak (Barnevernsloven, 2021). Hovedprinsippet i kapittel 10 i barnevernsloven er at institusjonene skal arbeide systematisk for å forebygge tvang, inngrep og innskrenkninger i barns personlige integritet (Barnevernsloven, 2021, § 10-4).

I Statsforvalterens årsrapport for 2024 fremgår det at begrensning i bevegelsesfrihet og kroppsvisitasjon dominerte bruken av inngripende tiltak i barnevernsinstitusjonene i det utvalgte geografiske området. Årsrapporten viser også en markant økning i registrert bruk av vedtak om inngripende tiltak fra 2023 til 2024. Antall kroppsvisitasjoner har økt med 55 prosent; vedtak om ransaking har økt med 19 prosent; og inndragninger har økt med 42 prosent (www.statsforvalteren.no). Økningen i vedtak om inngripende tiltak kan gjenspeile at flere ungdommer i barnevernsinstitusjoner har rusutfordringer (www.statsforvalteren.no). Mer kunnskap og større oppmerksomhet om kapittel 10 i barnevernsloven kan også ha bidratt til flere vedtak i denne perioden. Dette poenget kommer vi tilbake til senere i kapittelet.

Figur 3.2 viser oversikten over registrert inngripende tiltak for 2024 avgrenset til omsorgs-, behandlings- og akuttinstitusjonene i BFE¹⁸.

¹⁷ Barnets beste skal ligge til grunn for utøvelsen av omsorgen, jf. § 1-3.

¹⁸ Oversikten er hentet fra upublisert materiale innhentet fra fagleder Anders Brandt, ved Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus.



Figur 3.2: Oversikt over inngrep i BFE- institusjonene for 2024

Oversikten i Figur 3.2¹⁹ viser at omsorgsinstitusjonene i BFE skiller seg fra behandling- og akuttinstitusjonene når det gjelder bruk av inngripende tiltak. Ulik praksis kan relateres til plasseringsgrunnlaget. Plassering i omsorgsinstitusjoner jf. § 5-1, utløser ikke tvangsvedtak i henhold til § 10-9 i barnevernsloven.

Figur 3.2 viser at undersøkelse av rom og eiendeler i henhold til barnevernsloven §10-8 var mest brukte inngrep i omsorgsinstitusjonene, mens for behandlings- og akuttinstitusjonene var det begrensning i bevegelsesfrihet (barnevernsloven, § 10-9 a og b) som utgjorde flest vedtak om inngripende tiltak jf. oversikt hentet fra Statsforvalteren²⁰. Det er viktig å presisere at ansatte på omsorgsinstitusjoner benytter §10.2. og ev. §10.3, med utgangspunkt i omsorgsansvaret når det gjelder rus, som f.eks. begrensning av utgang og besøk. Disse begrensningene blir ikke protokollført på samme måte som for akutt- og behandlingsinstitusjoner og blir derfor ikke rapportert til Statsforvalteren. Begrensningene blir beskrevet i fagsystemet som en del av en journal, men man kan ikke hente ut tall på den på samme måte. Dette kan bety at forskjellene mellom BFE- institusjonene er mindre enn det som rapporteres til Statsforvalteren.

Analysene viser samlet at håndteringen av ungdommenes rusproblemer tar utgangspunkt i nulltoleranse for rus, både i vurderingene og i tiltakene som iverksettes. Videre viser analysene at håndteringspraksisen ved mistanke om bruk eller oppbevaring av rusmidler i BFE-institusjoner i hovedsak består av inngripende tiltak.

Erfaringer, nytte og dilemmaer ved håndteringspraksis

Så langt har vi redegjort for hvordan informantene identifiserer rus og hvilke inngripende tiltak som tas i bruk i rusrelaterte situasjoner i de tre institusjonstypene. I dette avsnittet belyser vi hvordan informantene vurderer og erfarer håndteringspraksisen.

Informantenes beskrivelser peker på en rekke dilemmaer knyttet til vurderinger ved mistanke om rus og konsekvensene av håndteringen. Dette handler om når man skal gripe inn, uavhengig av ungdommenes plasseringsgrunnlag eller institusjonstype. Informantene uttrykker usikkerhet om

¹⁹ Tabellen viser til antall registrerte inngrep pr. institusjonstype.

²⁰ Samme kilde som fotnote 10.

vurderingene ved mistanke om rus er tilstrekkelig begrunnet. En av informantene utdyper usikkerheten på følgende måte.

Det er jo vanskelig å vite om når man har mistanke om rus og når har man ikke. Det må jo hele tiden diskuteres. Ungdommene er jo ulike. Det kan være veldig vanskelig å vite om en ungdom er ruset eller ikke. Det kommer jo helt an på ungdommens erfaring med rus og toleranse.

Analysene av informantenes erfaringer med håndteringspraksis viser også at informantene er bevisste på å redusere risikoen for å ta feil ved mistanke om rus.

Det er veldig viktig å ikke gjenta flere ganger om beskyldninger, eller mistenke en ungdom for rus, og så tar vi feil, da. Det skaper ikke en god relasjon, da. Så vi må jo trø litt varsomt fram, da. For det verste tenkelige er jo at du tar feil. Ja, da skaper vi bare en stor distanse, i stedet for at vi kan prøve å få til noe bra sammen.

I: Men har du mye erfaring med å ta feil?

Jeg har jo sikkert tatt feil en del ganger, men jeg prøver jo å være litt bevisst på det, da. Hvis man ikke vet, så er det kanskje lurt å spørre på en sånn forsiktig måte. Spørre på en undrende måte da. Og ikke si at jeg er sikker på at du har gjort, hvis man ikke er det. Det blir jo ofte en personlig greie, og der er vi (ansatte) jo forskjellige.

Informantene fremhever at relasjonen til ungdommene er viktig for å vurdere om mistanke om rus er reell. Uavhengig av plasseringsgrunnlag og håndteringspraksis viser analysene at informantene opplever det som utfordrende å gjenopprette relasjonen til ungdommene i etterkant av rusepisoder. En av informantene utdyper utfordringene på følgende måte.

Det som er utfordrende, er at ungdom er avhengig av rus. Og det som slår meg er jo dette med tillit og det er jo veldig vanskelig. Det er jo det. Det er jo veldig ofte at de gangene man handler i en situasjon hvor man må konfrontere rundt dette med rus, så får man et problem med relasjonen i ettertid.

I: Hvordan reparerer dere det?

Nei, da jobber vi over tid. Jeg tenker at vi er mange som jobber her, så stort sett er ikke alle ute i kulda samtidig. Så vi er gode på å jobbe hverandre inn, gi ungdommen tid, og så prøve å ha reparerende samtaler. Snakke om det som har skjedd. Hvorfor man gjorde som man gjorde og si unnskyld hvis man kanskje har gjort noe som på en måte som var feil. Og så skriver vi tvangsprotokoller, som de får lese og kommentere.

I: Hva er reaksjonene når de får lese?

Det er veldig varierende. Noen sier bare jeg gir faen. Så har jeg også vært borti ungdommer som korrigerer på tidspunkt og som leser alt og skal ha alt beskrevet akkurat som det var. Og noen er helt uenige i det vi har skrevet selv om vi mener at det var det som skjedde, så det er veldig varierende.

Informanten viser her til aktivitetsplikten hos miljøterapeuten til å gjennomgå bruk av tvang som føres i forbindelse med vedtak om inngripende tiltak²¹. Barnets uttalelser skal også med i selve protokollen. Årsrapporten for 2024²² viser at Statsforvalteren behandlet 277 rettighetsklager fra

²¹ I henhold til barnevernsloven §10-4

²² Samlet for fylkene: Oslo, Østfold, Buskerud og Akershus.

barn og unge på barnevernsinstitusjoner,²³. Dette er en økning på 23 % fra 2023 og hele 127 % fra 2022 (www.statsforvalteren.no). Rapporten viser midlertid ikke til hvor mange av ungdommene som fikk medhold i rettighetsklagene, eller hvilke vedtak som blir påklages av ungdommene.

I det daglige miljøterapeutiske arbeidet i institusjonene oppleves arbeidet med rusproblematikk som krevende, særlig når man skal velge hensiktsmessige tiltak. Dette gjelder spesielt når ungdommene ruser seg jevnlig, det vil si daglig eller ukentlig. Hvor går grensen for hvor ofte inngripende tiltak kan brukes? En av informantene utdypet dilemmaet på følgende måte:

Vi hadde ungdommer som bodde her tidligere, som sa at de ruset seg hver dag. Ungdommene overdrev noen ganger og andre ganger ikke. Og når vi hadde mistanke, skulle vi holdt dem inne hver dag og ransake rommet hver dag? Da blir det jo uholdbart.

Dette dilemmaet berører kjernen i informantenes vurderinger av håndteringen av rusepisoder. Det handler om avveiningen mellom nytte og risiko ved omfattende tvangsinngrep og, omvendt, konsekvensene av for lite inngripen, slik informanten nedenfor beskriver.

Jeg synes ikke vi bruker så mye tvangsinngrep, så er det sånn man alltid kan bli etterpå klok, så kan man alltid tenke at kanskje man skulle utført mer tvang. Det handler ikke for å demonstrere maktforskjeller, men det handler om å gi tydelig beskjed for hva som er greit og ikke greit. Fordi vi er til tider veldig sjakkmatt på veldig mye.

Informanten peker på at nytteverdien av inngripende tiltak kan tydeliggjøre grensene for hva BFE-institusjonen kan tolerere. Å sette klare grenser for rus er et sentralt prinsipp i informantenes vurderinger og i tråd med nulltoleranse for rusmidler. Nytteverdien handler også om å forebygge og hindre salg av og distribuerende av rusmidler til andre beboere.

Jeg tror vi kan forebygge en eskalering av rusbruk og distribuerende til andre ved å iverksette de inngripende tiltakene. Og de vet jo at dette er et sted hvor man ikke kan oppbevare eller benytte rusmidler. Og ungdommene vet at vi holder det veldig høyt og at det er det som praktiseres.

Analysene viser at informantene opplever utfordringer med å avveie bruken av inngripende tiltak overfor ungdommene – mellom å gripe inn for ofte og for sjelden. Praktiseringene av rus blant ungdommene kan tyde på at slike inngripende tiltak bidrar til å markere tydelige grenser for hva som tolereres, og hvilke konsekvenser bruk eller oppbevaring av rusmidler får. Samtidig kan tiltakene utløse etiske dilemmaer, som knyttes til hyppighet, ungdommenes bakgrunn og ungdommenes reaksjoner på tvangsinngrepene.

To av informantene utdypet med eksempler på dilemmaer knyttet til ungdommenes bakgrunn og ungdommenes reaksjoner på tvangsinngrepene.

Jeg personlig prøver jo å unngå tvang så langt det er mulig. Vi er jo mange personer her. Jeg prøver å jobbe så langt som mulig for å unngå bruk av tvang. Det gjør vel de fleste, men noen går kanskje litt fortere inn enn meg. Og det er ikke for at jeg ser mellom fingrene, men jeg ser hvis noen har opplevd mye vold og seksuelle overgrep før de kom til institusjonen, så må jeg jobbe litt med at det hjelper dem i lengden, særlig hvis de fortsetter gang etter gang med romransakelse og begrense dem hver gang ungdommene stikker ut. En løsning kan i stedet være å fotfølge med intensjon om å ramme dem inn og

²³ Barnevernsloven § 10-14 tredje og fjerde ledd.

foreslå alternative aktiviteter som kino. Heller bli med på bussen og t-banene og gå med og prøve å ramme inn og så kanskje vi får til en kino. Jeg prøver å la det gå litt lengre da.

Inngripende tiltak er noe jeg føler at kan være veldig fælt. De (ungdommene) opplever det som overgrep. Noen beskriver det som at vi har slått dem, at de var redde. Så det er noen ting jeg sliter litt med selv. Noen ganger ser man hvor redd noen kan bli. Noen har blitt roligere, men de gir seg ikke og etterpå og skal ta oss og sende masse klager på oss. Og så er det noen som godtar det og føler seg ferdig med det, og vil ikke prate så mye om det.

Informantene trekker fram hensynet til ungdommenes bakgrunn og sårbarhet i vurderingene av hva som kan være mest hensiktsmessig reaksjoner. Fra et ledelsesperspektiv påpekes det også at ansatte opplever utfordringer knyttet til inngripende tiltak, særlig ransaking av klær. En av lederne utdyper utfordringene slik:

Det å be noen kle av seg, det tror jeg for noen er litt vanskelig. Så vi har jobbet litt med det, og holder fortsatt søkelys på det for det skal bli på en best mulig og lik mulig måte.

Analysene viser at bruk av inngripende tiltak utløser flere dilemmaer. Sentralt står avveininger om hvorvidt mistanken om rus faktisk stemmer, og om tiltakene har ønsket effekt når ungdommenes rusbruk er jevnlig. Samtidig fremhever informantene at håndteringspraksisen setter tydelige grenser for hvilke konsekvenser rusbruk får.

Institusjonenes utforming oppleves også som utfordrende i situasjoner som krever inngripende tiltak. I analysene fremhever informantene at bygningsmassen flere steder er lite egnet til å iverksette slike tiltak på en forsvarlig måte. Våre besøk i BFE-institusjonene bekrefter disse utfordringene. Bygningenes utforming gjør det ofte vanskelig å gjennomføre inngripende tiltak forsvarlig for både ungdommer og ansatte. Informantene nevner blant annet bratte trapper, som kan skape farlige situasjoner, og at skjerming som tiltak stiller krav til egnede rom og arealer tilpasset institusjonens rammer. Årsberetningen til BFE for 2024, fremhever betydningen av universell utforming i BFE-institusjonene og viser til at BFE har utarbeidet handlingsplaner med tiltak og behovsvurderinger for utbedringer (Barne- og familieetaten, 2024).

Analysene av informantenes erfaringer viser at institusjonene følger minste inngrepsprinsippet. Når inngripende tiltak brukes, skjer det med utgangspunkt i nulltoleranse for rus i BFE-institusjonene. Samtidig avdekker analysene flere etiske dilemmaer knyttet til konsekvensene av denne praksisen, som utfordrer de ansattes vurderinger og hensynet til ungdommenes livssituasjon.

«Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk»

Så langt har vi vist at nulltoleranse for rus ligger til grunn for håndteringspraksisen i BFE-institusjonene. Mistanke om rus bygger i hovedsak på vurderinger av ungdommenes atferd, og bruk eller oppbevaring av rusmidler utløser sanksjoner i form av inngripende tiltak. Dette er hovedmønsteret i informantenes beskrivelser. Samtidig reiser praksisen etiske dilemmaer, blant annet knyttet til rusfaglig kunnskap og kompetanse. Informantene peker også på behov for mer kompetanse og tydeligere arbeidsmåter i arbeidet med ungdommenes rusutfordringer. Behovene dreier seg om å få mer kunnskap og miljøterapeutiske tilnærminger rettet til ungdommer som ruser seg jevnlig. En av informantene utdyper ønske om mer søkelys på rus på følgende måte.

Jeg skulle ønske at vi hadde mer søkelys på hvordan vi jobber med rus. Jeg tror vi har søkelys på det, men det er mer det at vi ønsker mer kursing rundt det. Og vi har jo fått

noen kurs nå, nylig, på den ruskonferanse som vi var med på, og et eget dagsseminar som vi opprettet da. Så jeg tror det er på gang at det blir mer og mer.

Informanten vektlegger her behovet for kunnskap om tilnærminger rettet mot ungdommenes rusbruk. Analysene viser at informantene ikke refererer til konkrete miljøterapeutiske modeller, tilnærminger eller metoder for å håndtere rusutfordringer. Informantene trekker fram hasj avvennings kurs²⁴ som eksempel på kurs som erfares som nyttig og nødvendig kompetansepåfyll. I tillegg blir det vist til at BFE gjennomførte en ruskonferanse i november 2024,²⁵ som informantene erfarte som nyttig arena for påfyll av kunnskap og kompetanse om ungdommer og rus.

Alle ansatte i BFE- institusjonene får miljøterapeutisk grunnopplæring i miljøterapi (Barne- og familieetaten, 2024). Grunnopplæringen er definert til 3 dagers opplæring for nyansatte og tar utgangspunkt i ulike miljøterapeutiske prinsipper. I tillegg til grunnopplæringen er det også utarbeidet tre fagmodeller²⁶; Tilknytningsmodellen (TEM), Systemisk endringsmodell (SEM) og Forsterket behandlingsmodell (FBM) som ligger til grunn for det miljøterapeutiske arbeidet i institusjonene. Fagmodellene er utarbeidet og utviklet internt i BFE.

Fagmodellene beskriver miljøterapeutiske tilnærminger og kartleggingsverktøy som skal styrke miljøterapeutenes kompetanse og sikre at barn og unge i BFE-institusjoner får individuelt tilpasset oppfølging (Barne- og familieetaten, 2024). TEM modellen vektlegger å fremme trygge langvarig omsorgsbehov i form av tilknytning, tillit og relasjon. SEM modellen vektlegger psykisk helse samt å utvikle ferdigheter og mestring. FBM modellen rettes tilnærmingene til sterke smerteuttrykk som vold og aggresjon.

Modellen er utviklet til å tilpasse miljøterapi rettet mot ungdommenes utviklingsmessige behov, hvor også systemisk familie- og nettverksarbeid inngår som inngår i tilnærmingen. Innholdet som danner utgangspunktet for de tre fagmodellene har lite søkelys på tilnærminger rettet konkret mot rusutfordringer i målgruppebeskrivelsene, kartleggingsverktøyet, eller i de miljøterapeutiske tilnærmingene som beskrives. Analysene viser at ingen av informantene fremhever fagmodellenes relevans i arbeidet med rusutfordringer. Rus blir nevnt som en del av målgruppens utfordringer i FBM modellen, men det legges lite vekt på rus som kategori i presentasjonen av fagmodellen. I de 2 andre fagmodellene blir ikke rus nevnt, verken som eksempel på utfordringer til målgruppene, eller i de miljøterapeutiske tilnærmingene som beskrives.

Til tross for lite søkelys på rus i de miljøterapeutiske fagmodellene, vektlegger informantene at de gjør mye miljøterapeutisk arbeid rettet mot ungdommenes rusutfordringer. Utfordringene knyttes i stedet til manglende systematikk for det miljøterapeutiske arbeidet rettet mot ungdom og rus, slik en av informantene uttrykker på følgende måte: *«Vi gjør mye, men kanskje ikke systematisk»*. Fraværet av systematikk i rusarbeidet handler ifølge informantene om rutiner og planer for det miljøterapeutiske arbeidet som sikter til oppfølgingsarbeidet av ungdommenes rusutfordringer. To av lederne på BFE- institusjonene utdyper behovene for rutiner og planer for det miljøterapeutiske arbeidet på følgende måte.

²⁴ HAP i regi av Oslo kommune.

²⁵ «Konferansen var for alle ansatte i BFE, men primært rettet mot miljøterapeutene. Temaer på konferansen var blant annet: rus-trender, rusen - funksjon og fenomenforståelse, etatens samarbeidspartnere og etatens omsorgsansvar» (Barne- og familieetaten, 2024, s. 22).

²⁶ Se beskrivelser av fagmodellene i vedlegg 5-7.

Vi må nok satse litt mer på opplæring knyttet til rus, og hvordan vi jobber med det. Ikke bare sånn, vi har jo hatt en del søkelys på tegn og symptomer, og det er kjempebra, men hvordan skal vi faktisk jobbe med det da? Det opplever jeg at vi trenger nå.

Vi jobber jo litt med å prøve å få arbeid rundt rus mer systematisk. Vi opplever kanskje at vi har litt sånne utfordringer knyttet til å ha en systematikk da. Jeg tenker at vi gjør mye bra arbeid, men at vi kanskje ikke gjør det likt nok eller systematisk nok da.

I: Hva konkret mener du med det?

Nei, at vi på en måte kanskje ikke har en konkret nok plan for hva skal vi gjøre etter en ungdom har ruset seg så og så lenge. Hvordan skal vi følge opp? Hvordan skal vi forebygge?

Informantene etterlyser mer systematikk og tydelige rutiner i oppfølgingen av ungdommenes rusutfordringer. Dette er et gjennomgående mønster i datamaterialet. Det må bemerkes at det ved intervjudispunktet var planlagt å innføre opplæringsprogrammet RusKompass²⁷ (www.bufdir.no). Programmet skal styrke kvaliteten i oppfølging og omsorg for ungdom i barnevernsinstitusjoner. Modulene er nettbaserte og gir basiskompetanse i rusrelaterte temaer. RusKompass er utviklet på oppdrag fra Bufdir og har som mål å gi institusjonsansatte kompetansen de trenger for å møte ungdommenes rusutfordringer på en trygg og kunnskapsbasert måte. Siden programmet var i oppstartsfasen da intervjuene ble gjennomført, er det ennå uvisst hvilken betydning det vil få for rusarbeidet i BFE-institusjonene.

I det daglige arbeidet med håndtering av rus trekker informantene også frem at innføringen av Trygghet og sikkerhet (TS) også har hatt betydning for å vurdere inngripende tiltak knyttet til rusepisoder. TS innebærer en standardisert grunnopplæring²⁸ med 3 læringsmål knyttet til kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse²⁹. Hensikten med kurset er å styrke ansattes teoretiske og praktiske kompetanse for å bedre kunne forutse, forebygge og håndtere konfliktfylte situasjoner. Grunnopplæringen tar utgangspunkt i kapittel 10 i Barnevernsloven.³⁰

Opplæringen innebærer fire-dagers grunnopplæring (Barne- og familieetaten, 2024; www.bufdir.no). Eksempler på temaer som berøres er: opplæringen i nødrett, omsorgsansvaret og inngripende tiltak. I tillegg har hver institusjon minst 2 ansatte som er lokale trenere i TS og har særlig ansvar for vedlikeholdelse, samt tilpasse TS til målgruppen for den enkelte barnevernsinstitusjon. De ansatte sertifiseres, og hver institusjon bruker 50 timer pr år til TS treningstimer.

Informantene trekker fram at TS har hatt betydning for tillitt til ungdommene. En av informantene ansatt i en behandlingsinstitusjon, utdyper med et eksempel på hvordan TS har bidratt til systematikk i diskusjonene og vurderingene.

²⁷ Kurset er utviklet av Bufetat Region Midt-Norge, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge), Helse Midt-Norge, KORUS Midt, KORUS Bergen og Ressurscenter rus ved Bufetats region øst. Evaluering av RusKompass vil gjennomføres i løpet av 2026 (www.bufdir.no).

²⁸ Opplæring blir gitt av BFEs eget ressursmiljø for opplæring og implementering.

²⁹ Det er et krav om at alle ansatte over 50 % stilling i barnevernsinstitusjoner skal ha grunnopplæring i trygghet og sikkerhet. Kurset tar utgangspunkt i forebygging og forståelse for alternativer til bruk av tvang, samt etiske refleksjoner rundt bruk av tvang (www.bufdir.no).

³⁰ Barnevernsinstitusjoner som drives etter TS-modellen, er institusjonene i Bufetat, Oslo kommune, Kirkens Bymisjon, Stiftelsen Crux, Frelsesarméen og Fossum kollektivet.

Vi vurderer jo hver dag situasjoner, og vi har diskusjoner hver dag i forhold til hva vi gjør for den enkelte ungdommen. Det har blitt veldig mye bedre etter innføringen av TS, og det er derfor jeg tenker at de tingene vi gjør her, det er det som i nesten alle tilfeller er nødvendig. Så sent som i går så vurderte vi et inngripende vedtak. Det ble satt et vedtak om bevegelsesbegrensning i forrige uke, som vi opphevde i dag, en uke før.

I: Fordi?

Fordi vi skal møte den ungdommen med ny tillit. I stedet for å på en måte å stenge døra til ungdommen er interessert, så har trygghet og sikkerhet vært med på å gjøre jobben vår mye mer systematisk til å ramme inn ungdommene.

Andre informanter fra omsorgsinstitusjoner fremhever at innføringen av TS har styrket kompetansen om barnevernsloven kapittel 10, inkludert bruken av inngripende tiltak. En av de ansatte utdyper:

Vi har tidligere fått mye komplekse ungdom, som i bunn og grunn har et omsorgsbehov, men uttrykkene er mye rus og mye psykiatri. Det har jo blitt videreplasseringer andre steder, fordi at rammene her, det holder ikke. Vi får ikke på en måte, hva skal jeg si, skjermet de nok i forhold til vårt lovverk, fordi vi er en omsorgsinstitusjon, men så synes jeg vi har begynt å ta litt flere steder i riktig retning med å vite hvilket lovverk vi faktisk kan forholde oss til og begynt å pushe litt inn. Ikke pushe grensene, men mer sånn sett hva vi faktisk har lov til, at vi kanskje har gjort mindre tidligere. At vi ikke har hatt nok kunnskap egentlig. Og jeg tror TS har bidratt til mer oppmerksom på hvilke rammer vi faktisk har lov til å sette.

Innføringen av TS har påvirket informantenes vurderinger av hensikt og mulige effekter av tvangsinngrep. Ifølge informantene har TS bidratt til bedre ivaretagelse av både ungdommer og ansatte i konfliktrelaterte situasjoner.

Oppsummert viser analysene at informantene etterlyser mer kunnskap og kompetanse om rusfaglig arbeid rettet mot ungdom som ruser seg jevnlig. De fremhever behovet for å arbeide mer systematisk, med planer som sikrer enhetlig praksis og forutsigbarhet. Når det gjelder håndtering av rusepisoder, peker informantene på at innføringen av TS har gitt økt kunnskap og større bevissthet i vurderingene av begrensninger og bruk av inngripende tiltak.

«Samtaler om rus og rusens funksjon er vi ikke så flinke på»

Kapittelet har så langt vist hvordan informantene beskriver kartleggingsarbeidet og håndteringspraksis ved mistanke om rus, samt hvilke dilemmaer dette kan utløse for ungdom i barnevernsinstitusjoner. Informantenes vurderinger vektlegger behovet for å forutse, forebygge, håndtere og redusere konfliktsituasjoner som kan oppstå ved mistanke om rus.

I det daglige arbeidet peker informantene på behovet for økt ruskompetanse og miljøterapeutiske tilnærminger som styrker oppfølgingen av ungdom som ruser seg jevnlig. De fremhever særlig tilnærminger som gir innsikt i rusens funksjon og brukes i samtaler med ungdommene. En av informantene utdyper utfordringene konkret til følgende situasjoner:

Ungdommer som er åpne med at de røyker hasj. Og det er særlig i de situasjonene hvor vi mener vi ikke er gode nok. Vi vet at de røyker fordi det lukter hasj etterpå. Hva skal vi gjøre? Der synes jeg ikke vi er gode nok på å sitte og snakke med ungdommene om rus og at vi fort står fast.

Rusens funksjon knyttes også til selvmedisinering for den enkelte, noe informantene opplever som vanskelig å håndtere. En av informantene utdyper erfaringene på følgende måte.

Det opplever jeg og flere av kollegaene mine at ungdommen sier: «Jeg får ikke sove, så det å røyke hasj hjelper meg å sove». «Hvorfor skal du si til meg at jeg ikke skal ruse meg hvis det funker?» Da har vi ikke veldig mange gode argumenter, nei. Så nei, jeg synes jevnt over at vi er ikke gode nok til å snakke med ungdommene om tematikken. Samtaler om rus og rusens funksjon er vi ikke så flinke på.

Å utforske rusens funksjon innebærer å identifisere opplevde gevinster og finne alternativer som kan gi tilsvarende virkning, i tråd med et skadereduserende perspektiv. For informantene innebærer dette en omstilling i form av at de må snakke mer direkte med ungdommene om rusens funksjon og virkninger. En av informantene utdyper omstillingen på følgende måte.

Og kanskje også det at man er lite vant med å snakke om de positive virkningene av det med ungdommene. Så bare det å ha en dialog rundt hva er det dette rusmiddelet gir deg, og kan det finnes andre måter som kan ha samme effekt. Samme effekt uten de samme skadevirkningene, da.

Informanten peker her på betydningene av å utvikle miljøterapeutiske tilnærminger som også fanger opp rusens funksjon og mulighetene for finne andre måter å oppnå lignende effekter på uten å ruse seg på skadelige måter. Tilnærmingen som informanten utdyper, krever øvelse i å fange opp og snakke med ungdommene om rusens funksjoner. Analysene viser at informantene opplever det som vanskelig å finne gode og systematiske miljøterapeutiske tilnærminger som kan bidra til å utforske rusens funksjon hos ungdom med jevnlig og skadelig rusbruk.

Synlig tilstedeværelse kan redusere smitteeffekt knyttet til rus

Analysene av intervjuene med informantene i BFE-institusjonene viser at rusutfordringene også omfatter arbeidet med å forebygge eller hindre negative konsekvenser av det å bo sammen med andre ungdommer med tilsvarende rusproblemer. Denne utviklingen omtales ofte som smitteeffekt, altså den gjensidige påvirkningen av sosialiseringen mellom ungdommer som bor sammen. I dette avsnittet skal vi belyse betydningene av de sosiale rammene i BFE-institusjonene. En av informantene utdyper hvordan fellesskapet i institusjonene kan bidra til negative smitteeffekter på følgende måte.

Det er jo veldig vanskelig, og vi har jo sett flere ganger at det er smitte. Fordi det er ungdommer med lik problematikk som havner på samme sted og som påvirker hverandre. Men vi jobber jo parallelt med de ulike behandlingsoppleggene til hver ungdom. Vi prøver jo av og til å gjøre en del ting. Altså, vi bor jo i samme hus, og de vil jo treffe på hverandre, og ungdommer blir jo kjent sånn.

For ungdommer kan sosialisering med andre i tilsvarende situasjon ha både positive og negative konsekvenser. Når ungdom med rusutfordringer bor sammen i barnevernsinstitusjonene, fremhever informantene særlig risikoen for at rusbruken kan eskalere. En av omsorgsinstitusjonene i BFE har gjort tilpasninger for å forebygge uheldig påvirkning mellom beboerne. Tilnærmingen er synlig tilstedeværelse i hverdagen. Tilnærmingen innebærer at ansatte skal være lett tilgjengelige, og minst én er alltid i nærheten av beboerrommene eller i områdene der ungdommene oppholder seg. En av informantene utdyper tilnærmingen på følgende måte.

Men da prøver vi det å være mer synlig, at det liksom skal ha en hensikt. At vi er mer til stede i etasjen og sitter der. Ja, det kan være med å hjelpe litt. Og så har vi jo tilfeller hvor

enkelte av ungdommen sier at de merker at det blir vanskeligere når den ungdommen er til stede. Og den ungdommen er jo til stede dag og natt. Så, ja, bevisstgjøre dem, og samtidig hjelpe dem. Kanskje finne på ting hver for seg da. Jeg vil tenke at dette er en måte å håndtere smitte på.

Sitatet viser også til at det å være synlig og til stede i de områdene av institusjonen hvor ungdommene oppholder seg mest kan bidra til å tilrettelegge for individuelle behov. Synlig tilstedeværelse kan også bidra til å ta kontakt og utvikle relasjonen mellom ansatte og ungdommene. For noen ungdommer kan det oppleves som en barriere å ta kontakt med personalet.

Det kan være at ungdommene egentlig i utgangspunktet ønsker det, men så har de ikke funnet den muligheten. Det er jo litt det med at man føler at man er ønsket når man blir oppsøkt mye. Da føler de kanskje at vi har mer lyst til å henge med dem også.

Tilnærmingen åpner opp for mer kontakt med ansatte på den ene siden, men også mer kontroll og oversikt av hva som skjer der ungdommene oppholder seg.

For eksempel når vi fant ut at det var en periode hvor ungdommene for eksempel røyka på rommene sine, så innførte vi jo tiltak med at det alltid skulle være personal i andre etasje, og at man måtte hyppigere inn på rommene til ungdommene, ikke bare snakke med dem gjennom døra, men faktisk se dem.

Synligheten av ansatte kan også bidra til åpne mulighetene til å komme i posisjon til de unge som bor i institusjonene i mer uformelle kontekster. Ettersom vi ikke har empiri fra ungdommene, så kjenner vi ikke til deres erfaringer med synlig tilstedeværelse. Denne tilnærmingen er viktig å fremheve fordi den viser at BFE-institusjonene tar i bruk lokale grep i det daglige arbeidet for å bygge relasjoner til ungdommene og motvirke uheldig smitteeffekt.

Tid som forutsetning for endringsprosessene

Analysene av intervjuene viser at ungdommenes endringsprosesser tar tid. Tidsperspektivet henger ifølge informantene ofte sammen med motivasjonen for å endre handlingsmønstre. En av informantene utdyper dette slik.

Det er noen ungdommer som tar gode valg for seg selv etter hvert. Det er jo det. Men de må jo på et eller annet vis bestemme seg for det selv da. At nå må jeg ta noen valg. Nå har det vært mye tull, nå bestemmer jeg meg for at nå orker jeg ikke så mye stress og ha det så kjipt. Prøver å ta imot noen råd om at kanskje man får det bedre ved å ta noen andre valg. Og det er en del ungdom hvor det går inn. Og da står du liksom parat til å komme i den posisjonen til å bidra med å hjelpe dem.

Flere informanter fremhever viktigheten av å finne interesser som kan motivere til endring. Dette forutsetter kjennskap til hva som kan motivere den enkelte ungdom og hvilke muligheter barnevernsinstitusjonene har til å følge opp interessene. En av informantene utdyper nedenfor på følgende måte.

Fordi det er også noe jeg jobber med. Hva kan være motivasjonen til å avslutte rusingen? Og med hen da, så fant vi at hen var veldig interessert i å øvekjøre. Og da ble det på en måte gulroten. Hvis du ikke ruser deg kan du øvekjøre, men du kan ikke kjøre bil når du har ruset deg. Så da la vi opp til at de og de dagene kan vi øvekjøre, men da må du være rusfri.

Ettersom tiltaket krevde at ungdommen ikke ruset seg, ble det stilt strenge krav til rusfrie urinprøver.

Det var en såpass viktig ting for ungdommen å få til, å kunne øvelseskjøre, så da sluttet hen å ruse seg, nettopp for å kunne få være med å øvelseskjøre. Så tror jeg tror at øvelsesskjøringen handlet om flere ting, som nærhet til personalet og tilgjengelighet til å bli mer med på aktiviteter og ting med personalet. Så det var en god vei inn. Så må man få tak i hva som kan være motivator, som en slags belønning for å ikke ruse seg. Så ungdommene noe annet å gledes over.

Analysene viser at det er viktig å finne aktiviteter som ungdom og ansatte kan gjøre sammen. Slikt samvær kan være en sentral del av ungdommenes endringsprosesser. Aktivitetene kan bidra til motivasjon for endring i lengre perspektiver. Et viktig grep for å få god kontakt med ungdommene er å ta utgangspunkt i interessene deres. Dette avhenger også av hvilke muligheter og ressurser personalet har til å følge opp aktivitetene. Informantene trekker fram trening, matlaging og kjøreturer som eksempler på arenaer som kan styrke motivasjonen til å endre atferd.

«Det skulle ha vært noen flere tilbud der ute, sånn at ungdommene får en pause fra rusen»

Så langt har vi belyst hvordan informantene håndterer rus i institusjonene. I dette avsnittet ser vi på deres erfaringer med samarbeid med eksterne tjenester. Informantene etterlyser mer fokus og bedre kommunale tilbud for ungdom med rusutfordringer. En av de ansatte fremhever at avrusning kan være nødvendig for å etablere dialog og komme i posisjon til ungdommene.

Det skulle ha vært noen flere tilbud der ute, sånn at ungdommene får en pause fra rusen. Få avruset dem for å komme av dialog.

I: Kan du utdype det litt mer?

Når de røyker hasj hver dag, for eksempel, så funker ikke hjernen på samme måte. Jeg tenker at de miljøterapeutiske samtalerne er veldig lite nyttig. Hjernen er ikke på plass. Hjernen er ikke der til å ta imot informasjon, til å hjelpe. Så få litt avrusning for å hjelpe ungdommen videre. Det har jeg mer tro på da, men da har det jo gått veldig langt da, når de ruser seg så mye.

Informantene etterlyser kompetanse på eksterne tiltak og tjenester som kan bistå når rusbruken er på daglig basis.

Det er vanskelig å komme i dialog med ungdom som ruser seg. Det er vanskelig å jobbe for å hjelpe ungdom når de ruser seg hver dag, eller nesten hver dag, eller flere ganger i uka, så er rusen konstant i kroppen. Så der hadde jeg ønsket at man kunne få til noe mer tiltak. For man jobber ikke miljøterapeutisk og hjelper en ungdom i rus, tenker jeg personlig da.

Informanten peker her på et dilemma relatert til hva som finnes av tjenester og tiltak utenfor BFE-institusjonene, som kan bistå når ungdommene ruser seg daglig. Grovt sett, så finnes det ikke mange rusbehandlingstiltak til barn under 18 år i Oslo, slik informantene etterlyser. Det finnes programmer som for eksempel hasjavvenningskurs (HAP) i regi av Uteseksjonen i Oslo for ungdom under 18 år. I tillegg finnes det et døgn og poliklinisk tilbud for unge som er 16 år³¹ og

³¹ Med unntak av ungdommer i bydelene Grorud, Stovner og Alna.

eldre i regi av Oslo Universitetssykehus, Seksjon rus- og avhengighetsbehandling³². Utover de nevnte behandlingstiltakene finnes det få tjenester rettet mot avrusning og rusbehandling for ungdom under 18 år i Oslo, utover akutte henvendelser i forbindelse med fare for overdose.

Informantene oppgir at få andre tjenester enn barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Bup) benyttes. Erfaringene med samarbeidet med BUP er varierte. Dette er ikke unikt for BFE-institusjonene; mange institusjoner som arbeider med barn og unge rapporterer tilsvarende erfaringer (Barneombudet, 2020; Drange et al., 2022; Gundersen et al., 2024; NOU 2023:24; Riksrevisjonen, 2021; 2023). Informantene i denne studien peker på utfordringer knyttet til Bup som omfatter systemiske, relasjonelle og organisatoriske forhold. En av informantene utdyper betydningene av lang ventetid.

Jeg opplever at ungdommer i mindre og mindre grad egentlig nyttiggjør seg Bup. Kanskje man trenger det der og da, ikke sant? Og så søker man så tar det et halvt år, ikke sant? Det er prosessen som gjør det vanskelig. De ungdommene som er her nå, det er to ungdommene som ikke ønsker Bup. Vi oppmuntrer ungdommene hele tiden. Det er lurt å dra til Bup og sånn. Og så er det jo kanskje den muligheten man har.

De byråkratiske prosessene erfares som trege og møter ikke ungdommenes behov for hjelp her og nå. Informantene trekker også inn manglende tillitt til systemene fra ungdommenes perspektiv.

Det er Bup som er tilbudet, og de unge har veldig lav tillit til systemet generelt, og spesielt til Bup. Eller hvis de har hatt en dårlig opplevelse, så skal det så mye til før de prøver det på nytt.

Tillit i kombinasjon med fleksibilitet i tjenestene er avgjørende for ungdommene i BFE-institusjonene. En av informantene utdyper betydningene av fleksibilitet knyttet til at Bup behandler kommer til BFE-institusjonen på følgende måte.

Når har vi jobbet med en av ungdommene her i institusjonen, så opplever vi bedre dialog fordi Bup behandlerne har vært her (på BFE-institusjonen) og møtt hen. Og også vært med på evalueringsmøte med barnevernstjenesten, foreldrene og oss. Der hen også hadde mulighet til å være med da. Få litt mer bakgrunnsinformasjon, både om hva hen sine utfordringer har vært, både fra hen og samarbeidspartene. Hen hadde problemer med å prate om det og dele det med Bup. Så det var egentlig ikke noe behandling til å begynne med. Det var jo bare at hen stormet ut med en gang, når hen fikk et spørsmål hen ikke likte. Det som skjedde, var at man ville prøve litt mer for å se på ulike måter å prate med hen for å komme i posisjon til utredning. Og hjelpe hen med tilpasset behandling, noe som vi oppnådde fordi Bup behandlerne var fleksible og tilpasset hen sine behov.

Fleksibilitet i tjenestene og de relasjonelle tilpasninger i behandlingen rettet mot ungdommene vektlegges som betydningsfullt.

Men hvis de hadde jobbet litt mer ambulant, eller litt mer oppsøkende, så ville det vært lettere å benytte Bup til disse unge, fordi de ikke klarer å komme seg til kontoret.

Dette handler også konkret om tidspunktene for behandlingstimene som ofte er på dagtid.

³² Seksjonen har tre underliggende enheter. En døgnenhet som tilbyr utredning og behandling i opptil seks måneder for personer med en rusavhengighet, en poliklinisk enhet som består av Uteteam og Stallen som tilbyr hesteassistert terapi og en forskningsenhet. Felles for våre kliniske enheter, både døgnenheten og poliklinikken er at det tilbys behandling til unge personer som strever med rusutfordringer og psykisk helseplager. (www.oslouniversitetssykehus.no).

Så er det kanskje få timer, og så setter de opp en time klokka ni, eller ti. Da er ikke våre ungdommer våkne og i gang. Eller så er de på skolen, og hvis de først har kommet seg på skolen, så har de ikke lyst til å dra til en time hos Bup.

Systemiske og organisatoriske forhold som avstand og rigide byråkratiske prosesser og mangel på individuelle behandlingstilpasninger er hindringer som informantene vektlegger i analysene av erfaringene med Bup. Dette er forhold som også bidrar til at ungdommene ikke får den hjelpen de har krav på (Riksrevisjonen, 2023).

Jevnlig rus blant ungdommene utfordrer også personalets sammensetning. Vi har tidligere i kapittelet pekt på behovet for ruskompetanse til den enkelte ansatte, men det rettes også behov for videreutdanning i rus og helsefaglig utdanning i personalet.

Det hadde vært fint å ha et menneske her som hadde videreutdanning innen rus og helsefaglig utdanning. Det er i hvert fall én sykepleier her, men hovedsakelig er det sosialfagutdannede.

Kompetansen til ansatte i institusjonene er også knyttet til behovet for psykologer. Dette behovet handler også om å styrke samarbeidet med Bup. Fra et ledelsesperspektiv er det også viktig å ha profesjoner i personalet som snakker samme språk som de eksterne tjenestene. En av lederne utdyper denne betydningen på følgende måte.

Vi har en halvpsykologstilling her. Psykologen snakker det samme språket som Bup gjør. Så det er psykologen som ofte tar første kontakt når barna har samtykket. Får de på banen og få samarbeidet på plass. Og det er kjempebra. Jeg tror at miljøterapeuter og vi i administrasjonen som har en helt annen bakgrunn, ville ha strevd litt mer.

Lederen viser her til behovet for å ha ansatte i personalet som kjenner systemene og de eksterne tjenestene som i dette tilfellet var Bup, godt. Dette er en viktig faktor for samarbeidet med eksterne spesialiserte tjenester.

Analysene viser at det er behov for mer informasjon og kompetanse om relevante tjenester som kan bistå både ungdommene og personalet i oppfølgingen av rusutfordringer. Oppfølgingen krever også tverrfaglig kompetanse hos personalet. Videre etterlyses bistand fra lokalt baserte tjenester i institusjonenes nærområde. En av informantene utdyper behovet for kunnskap om lokalt baserte tjenester på følgende måte.

Jeg vet ikke så mye om tjenestene og tilbudene i nærområdet egentlig. Men det er jo ting man kunne ha samlet litt mer informasjon om da.

I: Om de ulike tjenestene rettet mot rus?

Ja, som for eksempel ruskonsulenter, som jeg egentlig ikke vet hva innebærer på en måte. Eller at tjenestene eller tilbudene kan komme hit, fordi det har jeg hørt at de har kommet hit (i BFE- institusjonen) på besøk og at man kan få tilbud om det, men liksom hva kreves for å få dem hit, det vet jeg ikke.

Informanten peker her på informasjonsflyten når det gjelder tjenestetilbud på den ene siden, men også behovet for informasjon om aktuelle oppsøkende tjenester. Informantene utdyper dette behovet på følgende måte.

Bare sånn, om man kunne gjort det som et forebyggende tiltak, at kanskje det hadde vært lettere å komme til samtale da, hvis ikke det var sånn, ok, du har ruset deg, du må snakke med denne personen, jeg vet ikke. Ja, det er jo verdt å ha litt søkelys på det da.

Informantene fremhever lav terskel og fleksible tjenester som viktige for ungdom med rusproblemer. De vektlegger betydningen av å kunne støtte seg på andre tjenester i oppfølgingen av ungdommenes rusutfordringer. Dette fungerer godt i akutte rusituasjoner, hvor det er bekymringer rettet til ungdommenes helsetilstand. I slike tilfeller hvor det er fare for overdose er rutinene at personalet kontakter legevakt eller ambulanse.

En annen utfordring som ofte oppstår når ungdommene som ruser seg, er at de ofte uteblir fra institusjonene. Dette er et gjennomgående tema intervjuene av informantene i BFE. Uteblivelse fra natt er også et hyppig tema hos barnevernsvakten, fordi de ofte blir kontaktet når ungdommene rømmer fra barnevernsinstitusjonene. Deres bekymringer er rettet mot rusmiljøene som ungdommene oppholder seg i når de rømmer eller uteblir fra avtaler med institusjonene. Barnevernsvakta trekker spesifikt frem bekymringer rettet mot jentene som rømmer til rusmiljøene.

Det at ungdommene er på rømmen, og man er gjerne i noen miljøer som er ganske, hva skal jeg si, lite begrensende i forhold til skadelig rus. Og det er klart at disse, spesielt disse jentene som rømmer fra barnevernsinstitusjoner og finner litt eldre menn de sover hos. De blir jo ikke huset gratis. Det er noen omkostninger her på disse jentene og de får xanax og andre rusmidler som betaling. Det er utrolig skadelig på alle mulige måter.

Kapasiteten til å lete etter ungdommene som er uteblitt fra avtalene med barnevernsinstitusjonene utfordrer ressursene internt i personalet og utad slik barnevernsvakta utdypet her.

Vi prøver å pushe ansvarspersonene til å lete. Er du oppriktig bekymret for at en ungdom skal ruse seg kan du ikke bare ringe til oss og si du er bekymret. Vi har også en bemanningssituasjon som vi må ta hensyn til.

Utfordringene knyttet til ungdommenes uteblivelse fra barnevernsinstitusjonene skaper også kapasitetsutfordringene for andre etater rundt barnevernsinstitusjonene, slik informanten i sitatet ovenfor antyder. Uteblivelse fra barnevernsinstitusjonene viser også til de dilemmaene og begrensningene BFE- institusjonene har til å følge opp ungdommer med rusutfordringer.

Oppsummert viser våre analyser av informantenes erfaringer med eksterne tjenester at det er lite kjennskap eller erfaringer med tjenester og tilbud rettet mot rusproblematikk utover BUP og legevakt. Det er disse tjenestene som oftest benyttes av institusjonene. Informantene vektlegger behovet for ambulante tjenester på lavterskelnivå som kan bistå i oppfølgingen av ungdommenes rusutfordringer mens de bor i BFE- institusjonene.

Oppsummering av kapittel 3

Analysene av informantene rekruttert fra BFE- institusjonene viser til flere utfordringer knyttet til ungdom som ruser seg jevnlig eller daglig mens de bor i BFE- institusjonene. Utfordringene er ifølge informantene knyttet til ansattes kompetanse og kunnskap til å følge opp ungdommenes rusutfordringer i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Nulltoleranse er utgangspunktet for vurderingene og inngripende tiltak dominerer som håndteringspraksis. Informantene vektlegger behovet for å utvikle miljøterapeutiske tilnærminger som også har søkelys på funksjonene og skadevirkningene av jevnlig rusbruk blant unge. Analysene av informantene viser at det også er behov for mer informasjonsflyt og oversikt over aktuelle lokalbaserte tjenester og tiltak som kan være aktuelle for ungdommer med rusutfordringer.

Oppsummert så viser analysene at:

- Kartleggingen av rus som gjøres i BFE, viser at ungdommene har erfaringer med rus før inntak.
- Informantene vektlegger at ruserfaringene ofte kan være mer alvorlig enn det som kommer frem i henvisningsskjemaene før inntak.
- Det gjennomføres ikke systematiske ruskartlegginger utover standardisert forløp i løpet av institusjonsoppholdet.
- Cannabis og alkohol fremstår som de mest brukte rusmidlene blant ungdommene ifølge informantene.
- Nulltoleranse for bruk og besittelse av rusmidler i institusjonene oppgis av informantene som utgangspunktet for håndteringen av rus i BFE- institusjonene.
- Rus avdekkes på bakgrunn av mistanke basert på tegn og symptomer, som ifølge informantene knyttes til endring i atferd.
- Konsekvensene av rusbruk i institusjonene håndheves ifølge informantene gjennom inngripende tiltak.
- Informantene vektlegger mer søkelys på miljøterapeutiske tilnærminger rettet mot rusens funksjon og skadevirkningene i oppfølging av ungdommer som ruser seg jevnlig.
- Informantene uttrykker behov for styrket kompetanse og oversikt over tjenester og tiltak som kan sikre oppfølging av ungdom med rusrelaterte utfordringer, utover det som tilbys av barne- og ungdomspsykiatrien (Bup).

Kapittel 4: Bydelsbarnevernets erfaringer med institusjonsplasseringer i BFE

4.1 Innledning

I dette kapittelet analyserer vi barnevernstjenestenes erfaringer med ungdom som har rusutfordringer. Vi beskriver hva som kjennetegner deres erfaringer og synspunkter på undersøkelsesprosessen i barnevernet når rus er en del av bildet. Vi ser også på oppfølgingen og samarbeidet med BFE når ungdom bor i barnevernsinstitusjon. Analysene bygger på intervjuer med ni ansatte og utgjør en liten andel av ansatte i bydelsbarnevernet i Oslo.

Problemstillingene som ligger til grunn for intervjuene av informantene i bydelsbarnevernet er følgende:

- Hva kjennetegner praksis før henvisning til BFE når rusproblematikk er en del av henvisningsgrunnlaget?
- Hva kjennetegner samarbeidet med BFE- institusjoner, når det gjelder håndtering av rus i forløpet?

Vurderinger og syn på institusjonsplassering i BFE

Intervjuer med ansatte i bydelsbarnevernet viser at de plasserer færre barn i barnevernsinstitusjoner enn før. Dette følger en langsiktig strategi med færre institusjonsplasser og mer vekt på lokale hjelpetiltak og fosterhjem (Barne- og familiedepartementet, 2025). Mindre institusjonsbruk kommer også til syne ved at oppholdene er kortere. Samtidig er institusjonstilbudet i større grad rettet mot kortvarige, spesialiserte opphold for endring og behandling (Prop. 133 L (2020–2021)).

Dreiningene bort fra institusjonsplasseringer er også til stede i analysene av informantenes beskrivelser av vurderingene som gjøres. I intervjuene med bydelsbarnevernet pekes det på flere forhold som diskuteres i prosessene som gjøres³³. Økonomiske hensyn er en av flere faktorer som informantene viser til i intervjuene. I denne konteksten utgjør økonomi kostnadene av institusjonsplasseringer³⁴. Kostnadene er også knyttet til at ungdommenes utfordringer ofte innebærer behov for økt bemanning. Nedenfor utdypes de økonomiske utfordringene på følgende måte.

Jeg tenker jo at grunnen til at man bruker institusjon lite, selv om det mye oftere er behov, handler om at det er veldig kostbart for en barnevernstjeneste som er ansvarlig for sitt eget budsjett.

Ungdommene er så dårlige at vi trenger institusjoner med høy voksentetthet og det blir kjempedyrt. Det er et samfunnsøkonomisk spørsmål. Vil det koste mindre å handle raskt og kortvarig, enn å ende opp med lange institusjonsopphold?

³³ Se avsnitt 1.7 i kap.1 for lovhjemmel og rammer for barnevernsundersøkelser.

³⁴ Forskjellen mellom Oslo og resten av landet er at bydelene i Oslo betaler tilnærmet fullpris for institusjonsplassene som BFE eller private leverandører fremskaffer. Denne finansieringsmodellen ble innført i 2001 med mål å gi bydelene insentiver til å drive godt forebyggende arbeid (Barne- og familiedepartementet, 2025).

Sitatene peker både på vurderinger rettet til kostandene ved å bruke institusjoner, men også at ungdommenes behov krever flere ansatte. Informantene erfarer det også som et dilemma at de økonomiske hensynene kan få betydning i analysen³⁵ som gjøres av barnevernet. En av informantene utdyper dilemmaet på følgende måte.

Jeg liker ikke å si så mye om det, fordi det er en ubehagelig del av jobben – å måtte veie kroner og øre opp mot hva som er barnets beste.

Utfordringene knyttet til økonomi forsterkes også av manglende kapasitet i BFE- institusjonene, noe som fører til økt bruk av private aktører. Dette oppleves som problematisk, både med hensyn til økonomi, men også til at ungdommene ofte flyttes ut av hjemstedskommunen. En av informantene utdyper utfordringene på følgende måte.

Vi får ikke de tiltakene vi trenger av BFE. Det er en kjensgjerning. Vi må kjøpe private tiltak, og det koster opp mot 40.000 kroner per døgn. Det tar halve budsjettet vårt og går på bekostning av andre tiltak. Vi ønsker tiltak nærmere Oslo, slik at ungdommene kan hjelpes i sitt nærmiljø.

Nærheten til hjemstedskommunen er også viktig for vurderingene av institusjonsplassering slik informanten ovenfor uttrykker. Et annet sentralt tema som informantene trekker fram i vurderingene knytter seg til tvilen om institusjonsopphold fører til ønsket endring hos ungdommene. Tvilen knyttes både til institusjonenes potensiale for endring og ungdommenes egen motivasjon.

Det handler om frykten for at det bare blir oppbevaring. At de like gjerne kunne vært hjemme. De kommer ikke til å gå på skolen. De kommer ikke til å slutte med rus.

Informantene uttrykker også skepsis til barnevernsinstitusjonenes betydning for endring.

Det er ikke sånn at vi tror institusjon er en vidunderkur. Noen ganger hjelper det ikke så mye som vi håper. Noen får til og med utvidet nettverk. Vi må vite at det faktisk hjelper, hvis det skal være hensiktsmessig å plassere dem.

Analysene av informantenes vurderinger av plassering i BFE-institusjon preges av avveinger mellom faglige vurderinger av barnets beste og strukturelle hensyn. Informantenes peker på at forhold som økonomiske rammer, institusjonskapasitet i BFE, nærhet til hjemkommune, ungdommenes motivasjon og hvorvidt institusjonsoppholdet vil bidra til endring av rusutfordringene har betydning i analysene av tiltak i undersøkelsesfasen.

Alvorlige rusproblemer kan være vanskelig å definere

I barnevernstjenestene arbeid med barnevernsundersøkelser er det som nevnt flere forhold som skal undersøkes i analysen av situasjonen. Analysen handler om å koble opplysningene om barnet og barnets situasjon med relevant barnevernsfaglig kunnskap. Ulike innfallsvinkler og perspektiver skal drøftes, og funnene vurderes opp mot hverandre (Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling, 2025). En av informantene utdyper rutinene for bekymring om rus på følgende måte:

Vi har bare en sånn kategori. Vi får bekymringer for rus og sånt, og så har vi det jo med at her er det noe rus, men vi vet ikke helt hvor mye det er. Og vi har ikke noe

³⁵ Analyse er den faglige vurderingen og sammenstillingen av opplysningene som er samlet inn. Analysen skal gi svar på utredningens problemstillinger og hypoteser, som for eksempel å beskrive et barns behov og hvordan familien kan støttes slik at de får bedre forutsetninger til å ivareta barnets behov (Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling, 2025).

kartleggingsverktøy som gjør at jeg kan finne noe mer ut av det heller. Så sant vi vet om rus, så er vi veldig opptatt av det da, men her har vi ikke noen mulighet til å kartlegge det.

Rus blir i sitatet ovenfor beskrevet som en av utfordringene til ungdommene, men manglende ruskartlegging gjør det vanskelig å definere omfanget og hyppighet. Dette er også i tråd med analysene av informantene i BFE- institusjonene og våre analyser av henvisningsskjemaene i kapittel 3³⁶. Informantene trekker også inn at kartleggingene og analysene som ligger til grunn for undersøkelsen³⁷, tar utgangspunkt i å undersøke omsorgskompetansen til foreldrene. En av informantene utdyper hva kartleggingsfasen i undersøkelsene kan innebære i praksis på følgende måte.

I undersøkelsene våre da, så er det mye man skal kartlegge i løpet av en undersøkelse. Det er klart det er mye søkelys på omsorgskompetansen til foreldrene, ikke sant, for det er de vi setter inn veiledning på. Så det blir nok mye fokus der (på foreldrene), og det må det også være. Vi jobber jo via foreldrene hvis vi skal sette inn tiltak, og så skal man ha relasjon til ungdommen samtidig. Og da er det kanskje det, i forhold til den russamtalen, som blir litt sånn, satt bort da i forhold til oss (bydelsbarnevernet) og foreldrerelasjonen.

Informantene vektlegger også utfordringene med å komme i dialog med ungdommene for å kartlegge rusproblemene, der mistanken om rus er høy. Dette kan være vanskelig å få til og 2 av informantene uttrykker noen av utfordringene på følgende måter.

Her bruker vi ikke noen verktøy til å finne mer konkret ut av rusproblemene. Nei, det er ikke mulig å få til med de ungdommene. De vil ikke la seg kartlegge. De ser ikke på det som et problem. Det kan jo kanskje være at Bup i noen av de sakene har kartlagt rus, men det tror jeg er veldig sjeldent. Så det er derfor henvisningen ofte konkluderer med at det er rus i bildet, men veldig lite detaljert rundt omfang og hyppighet av bruk.

Rusprøver er jo en måte å kartlegge det på. Når det gjelder ungdommer hvor vi har mistanke om rus, så får vi nesten ikke til å avlegge de rusprøvene, sånn at det er ikke så lett. Så det er hjemmetester som foreldrene administrerer, sånn at det er gjennom det, men det får vi ikke noe særlig tak i.

Sitatene ovenfor peker på flere forhold som aktualiseres i innhenting av informasjon om omfanget av rusbruken til ungdommene og at det kan være vanskelig å kartlegge. Frivillige rustester er verktøyet som informantene oppgir til å kartlegge rus. Rustestene viser seg imidlertid å være vanskelig å gjennomføre både for bydelsbarnevernet og foreldrene. Utfordringene med ruskartlegging knyttes også til pålitelighet til informasjonen som innhentes, når det er mistanke om bruk av rusmidler blant ungdommene. To av informantene utdyper.

Jeg synes ofte at vi har mistenkt det lenge, men at vi egentlig ikke har helt oversikt. Selv ungdommene som vedkjenner seg rus, så er jeg fortsatt litt usikker på om vi vet hele sannheten. Så jeg tror ikke vi har den fulle og hele oversikten. Det tror jeg ikke. Noen ganger tror vi kanskje at det er mer alvorlig enn det er, og andre ganger så tror vi at det er mindre alvorlig enn det det er. Men det er jo veldig mye vanskeligere å få de til å ta rustester og sånt også. Det er jo ikke lov, så man får ikke kartlagt på den måten. Man er

³⁶ Se kapittel 3, side 25-26.

³⁷ Se avsnitt 1.7 i kapittel 1 for forvaltningsmessige rammer for barnevernsundersøkelse.

jo helt avhengig av selvrapportering egentlig og at man kan se etter tegn, men det er vanskelig når de bor hjemme.

Du har jo mistanken, du lukter, du ser på øynene, de sløver, sånne typer ting, men selv om du har vedtak om rustesting, så er det ikke gitt at du får gjennomført det. Selv om du ønsker det, for du kan jo ikke dra urin ut av en ungdom som nekter, ikke sant?

Analysene av informantene i bydelsbarnevernets erfaringer med forarbeidet til henvisningene, viser at de har liten oversikt over rusnivået til ungdommene. I praksis viser analysene at bydelsbarnevernet opplever det som utfordrende å komme i posisjon til ungdommene for å innhente opplysninger om rusutfordringene. Dette krever også relasjon med ungdommene. Til forskjell fra ansatte i BFE- institusjonene har bydelsbarnevernet ikke de samme mulighetene til å utvikle relasjoner til ungdommene over sammenhengende tid.

Analysen viser at kontakt med politiet ofte er en utløsende faktor for henvisning, særlig i saker som omhandler ungdom med rusproblemer. En informant uttrykker det slik:

«Men hva er nok til at jeg tenker institusjon? Hvor går de grensene? Nei, grensene går jo når de er helt på styr. Det er mye kontakt med politiet. Det er mye vold. De bruker vold selv. De sliter mye. Og noen vil jo ikke. De vil ikke plasseres i det hele tatt.»

Politiet fremstår som en sentral aktør i vurderingsprosessene av grensene for hva som er alvorlige rusproblemer. Barneverntjenestene viser til tett samarbeid med politiet i saker som ender med institusjonsplassering. Ofte er ungdommene preget av sammensatte utfordringer som andre instanser ikke har klart å endre eller behandle. En av informantene utdyper ungdommenes utfordringer på følgende måte.

Det har viset seg mange ganger at vi får ofte ungdom når de er på siste... Altså når det er virkelig en krise og ingen av instansene klarer å hjelpe dem lenger, så kommer de til oss, og da er foreldrene desperate etter hjelp. Og så sitter vi (barnevernet) plutselig med en ungdom som er langt kommet når det kommer til rus, eller psykisk helseutfordringer, spiseforstyrrelser, altså hva enn det skulle være.

I: Og praksis er at dere da vurderer BFE-institusjoner?

Nei vi vurderer sjeldent institusjonsplasseringer for ungdom.

I: Hvorfor?

Ja, det er et godt spørsmål. Jeg hadde en ungdom der foreldrene veldig gjerne ønsket en plassering av hen. Hen hadde kommet så langt inn i rusmiljøet. Jeg husker at jeg tenkte da at jeg var helt enig med dem i at den eneste riktige utveien var å plassere hen på en institusjon med ansatte som kunne følge hen opp. Døgnbemannet ansatte. Ja, sånn som BFE for eksempel. Men det gjorde jeg ikke. Vi gjorde ikke det. Det ble en henvisning til ruskonsulent.

Rusproblemer vurderes ofte i et større bilde av ungdommenes hverdagsliv og erfares som utfordrende å definere. Analysene av informantene i bydelsbarnevernet viser at mistanke om rus er rettet mot ungdommenes atferdsendringer. Tre av informantene under her viser til hvordan de vurderer grensene for rusomfanget blant de unge som bydelsbarnevernet er i kontakt med.

Hva er høyt? Altså hva som er et høyt rusinntak, er vanskelig å definere, men det er bare noe sånn jeg tenker bare, at hvis det er sånn at de røyker litt hasj eller de ruser seg iblant så tenker jeg ikke det er ikke høyt nei. Men hvor legger vi lista da ja, ikke sant. At de

kanskje ikke klarer å gå på skole, eller at de ruser seg flere ganger i uka. Fremstår ruset. Mange klarer ikke helt å skjule det.

Ja, vi diskuterer rus innimellom. Vi har ikke hatt en fagdag på rus, men vi kan jo diskutere det inne på teamet for eksempel. Og vi tenker jo at vi tolererer jo ganske mye sånn rusutprøving.

Hvis vi får bekymringsmeldinger, eller hvis vi får høre at ungdom som vi følger opp har vært rava drita rundt på 17. mai, eller foreldre synes at det lukter litt hasj på rommet til barnet hver gang hen har en spesiell type venn på besøk, så tenker vi at ja, ja, det er innenfor normalen, på en måte. Det er jo veldig mange ungdom som aldri ville drevet på sånn, ikke sant? Men her er det normalt.

Situasjonene som sitatene ovenfor viser til er hva som skiller ungdommene som er i kontakt med barnevernet, fra andre ungdommer i samme aldersgruppe. Sitatene til informantene viser til hva de oppfatter som normal rusbruk blant unge som de er i kontakt med og hva som oppfattes som rusproblemer. Ungdommenes rusproblemer blir ofte koplet til fravær fra skole og at de ruser seg ofte og fremstår ruset. Analysene av intervjuene viser at det samtidig er knyttet usikkerhet til omfanget av rusproblemene. Dette kan forstås som et spenningsforhold som bydelsbarnevernet står i og som kan gjøre det vanskelig å definere alvorlighetsgradene av rusproblemene. Forutsetningene og tilgangene til mer informasjon om ungdommenes rusutfordringer handler ifølge informantene om ungdommenes tillit og kjennskap til bydelsbarnevernet.

De av ungdommene som kjenner systemet godt, de stoler veldig på systemet, og er egentlig ganske tillitsfulle. Og spesielt noen av de ungdommene synes jeg er mer åpne, de er så godt skolert, de vet så godt hva rettighetene deres innebærer. Ja de vet også på en måte at det er litt fint å snakke med en barnevernspedagog, eller en sosialarbeider, eller helsesykepleier. De har kanskje litt behov for de samtalen også, og den type omsorg. De er oftere, synes jeg, mindre lojale mot foreldrene. De er litt mer åpne. Noen av dem vet jo at uansett hva de har sagt eller gjort, så er det ikke sånn at de blir fjernet fra familien sin, for det skjer jo veldig, veldig sjeldent. Så de er noe mer åpne.

Åpenhet og tillitt gjenspeiles ifølge informanten om relasjonen til bydelsbarnevernet, noe som også innebærer at ungdommene kjenner til egne rettigheter og risiko for institusjonsplassering. Ungdommer som møter bydelsbarnevernet for første gang som 16-17 åring er ifølge informantene mer engstelig for åpenheten, fordi de er redde for konsekvensene.

Men jeg tror på en 17-åring, eller 16-åring, som møter oss for første gang, og som ble påtruffet av politiet og var på fest, og alle ungdommene ble meldt inn. Hen vil være mye reddere for at hvis hen sier noe galt nå, så kan det være at jeg må flytte fra familien min. Så de har jo en helt annen tillit til systemet enn de som er gjengangere. Samtidig som mange av dem også har mer traumer med systemet og opplever at de har vært sviktet. Det er litt delt det der også, men når jeg følger opp, så tenker jeg at de ungdommene som forteller mye, har vært i mange samtaler med offentlige ansatte.

Kjennskapen og informasjonen til rusomfanget innhentes også gjennom nettverket til ungdommene og via miljøterapeuter og ruskonsulenter som jobber tett med ungdommene i flere av bydelene.

Vi har ganske god oversikt over omfang. Dette er jo relativt store vennegjenger, hvor vi har kjennskap til flere av ungdommene i samme vennegjeng. I tillegg til å beskrive sitt eget forbruk, beskriver de også vennenes bruk av rusmidler.

Analysene av informantene i bydelsbarnevernet viser også at rusutfordringene til ungdommene blir definert som sammensatte og ofte i kombinasjon med kriminalitet.

Det kan ofte være politiet som påtreffer ruset ungdom i byen og sender oss bekymringsmeldinger. Oftest er det politiet som informerer oss om rus. Og så legges de enten inn i aktiv sak hvis vi allerede kjenner til dem, eller så opprettes det til undersøkelse hvis vi ikke kjenner til de fra før.

Sitatet peker på at politiet også er en sentral aktør også når det gjelder å definere rusproblemene til ungdommene. Politiets vurderinger er ofte vurdert ut ifra kriminell virksomhet rettet til kjøp og salg av rusmidler. Dette er et gjennomgående mønster fra intervjuene som også viser at politiets bekymringsmeldinger har betydning for vurderingene av rusproblemene.

Samlet viser analysene at informantene i bydelsbarnevernet har informasjon om rusbruken blant ungdommene som de er i kontakt med. Informasjonen om rus innhentes fra flere aktører, samt at bydelsbarnevernet har oversikt over ungdomsnettverkene i bydelene og får kjennskap til og oversikt ungdommenes bruk og omfang via nettverkene. Tillit har avgjørende betydning i denne konteksten. Ungdommenes tillitt til bydelsbarnevernet har betydning for hvor mye ungdommene ønsker eller vil utlevere om omfanget av deres rusproblemer.

Alternative tiltak til institusjonsplassering

Vi har tidligere i kapittelet vist til at institusjonsplassering ofte vurderes som siste løsning når alle andre tiltak er prøvd. Dette er et gjennomgående mønster i flere forskningsrapporter (Se for eksempel: Bache-Hansen et al., 2011; Grünfeld et al., 2020; Hestbæk et al., 2023). De siste ti årene har det som tidligere nevnt vært et politisk og faglig mål å redusere bruken av barnevernsinstitusjoner. viser også til Barnevernsreformen i 2004, som innebar en ønsket dreining fra institusjon til fosterhjem (Drange og Hernæs, 2020; Grünfeld et al., 2020; Hestbæk et al., 2023). Dette har økt terskelen for institusjonsplassering, parallelt med et press for å øke bruken av fosterhjem ved plasseringer utenfor hjemmet. Nedgangen i institusjonsplasseringer begrunnes både faglig med henvisning til at mange barn og unge som har vært på institusjon har dårligere utfall, og økonomisk med behov for å kontrollere kostnadene (Backe-Hansen et al., 2011).

Analysene av informantenes vurderinger viser også til samme tendenser som tidligere forskning har påvist. Institusjonstiltak vurderes også som det mest inngripende tiltaket og derfor gjøres det mange avveininger i løpet av analyseprosessen slik vi også har vist til tidligere i kapittelet. Ansatte i bydelsbarnevernet trekker også frem utfordringer rettet til vurderingene av henvisningene til BFE. Tiden fra henvisningen er sendt til BFE sentralt til respons på henvisningen om institusjonsplass, erfares som lang av informantene. Lang ventetid fra BFE om institusjonsplass, skaper ytterligere press og frustrasjon ifølge informantene.

Ja, altså, det er jo ikke lett. Det er det ikke. Det er jo, når man først kommer dit, holdt jeg på å si, at man skal plassere, så starter jo egentlig den største belastningen for meg som kontaktperson. Den uvissheten om du faktisk får en institusjonsplass eller ikke. Fordi jeg vet jo at når vi vurderer at vi at vi må ta dette barnet ut av hjemmet og lande på at institusjonen er det beste, fordi det er noe atferd eller lite nettverk som ikke er egnet for fosterhjem og sånne typer ting. Og det er jo voldsomt inngripende. Så vet vi av erfaring at det er ikke gitt at du får institusjonsplass i BFE. Og det kan også vente helt til samme dag som saken skal opp i nemnda, for eksempel, at du får svar på om du får institusjonsplass eller ikke. Så det betyr jo også at ungdom og barn, ja ikke så mye barn, da finner man andre løsninger.

Et av botiltakene som trekkes fram av informantene er Ungbo, som er boliger med oppfølging for unge mellom 17 og 23 år. En av informantene utdyper nedenfor utdyper tiltaket og vurderingene på følgende måte.

Hyblene som vi bruker, er rundt omkring i byen. Vi bruker ofte Ungbo. Da får du bo oppfølger og litt ekstra greier.

I: Så det du egentlig sier, at når økonomien avgjør, så er det denne type tiltak som de bruker mest?

Ja det er mitt inntrykk. Jeg har tenkt mange ganger at institusjonen hadde vært... Jeg har jo en annen ungdom også, og denne ungdommen er jo ikke selvstendig. Jeg fatter ikke hvorfor hen er plassert i hybel. Denne ungdommen hadde hatt det mye bedre på en omsorgsinstitusjon, med trygge voksne og ansatte og masse hjelp rundt seg. Ikke sant?

I: Det vil du ikke få gjennomslag for?

Jeg vil aldri foreslå ting. Det er ikke en kamp jeg velger å utsette meg selv for. Altså, det er praksis. Det er så godt innarbeidet også her, at det ikke er noe å stille spørsmål om, så det stemmer.

Analysene av vurderingene som gjøres domineres også av hva som finnes i bydelene av alternative tiltak. Tiltakene er også avhengig av vurderingene av selvstendigheten til den enkelte ungdom og behovene for oppfølging, slik informantene har utdypet i kapittelet. I tillegg oppgir informantene lokaltbaserte forebyggende hjelpetiltak i regi av miljøterapeuter og ruskonsulenter som enten er ansatt i bydelsbarnevernet eller i bydelene. I tillegg finnes det en rekke individuelle tiltak som inngår som en del av Hovedstadsløfte³⁸ i Oslo kommune som også benyttes av bydelsbarnevernet. En av informantene utdyper beslutningene som ligger til grunn for lokaltbaserte løsninger på følgende måte.

I: Men hva er det som ligger bak beslutningene og argumentasjonen om å ikke bruke BFE- institusjoner?

Ja, jeg har en veldig klar formening om det. Det tenker jeg handler om penger. I alle tilfeller. Også i den saken jeg jobber i nå, så tenker jeg at det handler til syvende og sist om penger. Det er en sånn sterk kamp. Altså hva som kommer fra min ledelse på en måte som igjen er regulert av budsjetter til BFE plasseringene. De koster jo 350 000 kr. i måneden og det er bare en omsorgsplassering. Det er ikke en vanskelig plassering engang. Det er jo svimlende summer når en hybelplassering for en ungdom koster 7000 kr. i måneden. Så vi har jo mye mer hybelplasseringer av barn og unge.

Institusjonsplasseringer er kostbare og inngripende tiltak for bydelene, slik informanten ovenfor viser til og benyttes ikke i samme grad som hybler med oppfølging. Bruken av institusjon påvirkes også av ansvaret for å sikre nødvendige institusjonstiltak. BFE har som tidligere nevnt i kapittel 1, delvis bistandsplikt, som innebærer å bidra i saker innenfor etatens ansvarsområde. Flere informanter peker på at det ofte er krevende å finne et egnet, individuelt tilpasset institusjonstilbud for den enkelte ungdom. En av informantene utdyper.

³⁸ Hovedstadsløftet er Oslo kommunes verktøykasse for å bekjempe ungdomskriminalitet og hindre at unge faller fra. Hovedstadsløftet er 20 tiltak som strekker seg fra tidlig forebygging på skole, fritidsklubber og deltidsjobber – til én-til-én-oppfølging og avhopperprogram for ungdom som vil ut av et kriminelt miljø (Individuelle og spissede tiltak - Hovedstadsløftet - Oslo kommune).

Og det gjelder også flere saker, hvor jeg har jobbet, hvor BFE har måttet bryte bistandsplikten sin³⁹ i et møte med oss. Og da har vi blitt nødt til å finne andre løsninger. Vi har laget institusjonslignende frivillige hjelpetiltak for å håndtere det. Det er ikke nødvendigvis helt bra, synes jeg.

I: Hva er institusjonslignende tiltak?

Nei, det kan du si, men jeg har to ungdommer på min liste hvor ikke vi har fått institusjonsplass fra BFE. Hvor vi liksom har et relativt godt samarbeid med foreldrene, som deler vår bekymring som gjelder rus og kriminalitet. Vedtaket heter at vi på en måte har bydelsbaserte tjenester. Det er bare at det er ikke en institusjon. Det er en slags rigg som vi har laget for å for å imøtekomme et behov og behovet er rett og slett sammensatt av både kriminalitet og rus. Vi har miljøterapeut, men miljøterapeutene er jo koblet på 24 timer i døgnet. Og så er det tilknyttet en leilighet. I praksis så bor jo det barnet sammen med miljøterapeuter i en leilighet, som er godkjent som institusjon. Det er rett og slett et frivillig hjelpetiltak som både ungdommen og foreldrene samtykker til.

Analysene av intervjuene med ansatte i bydelsbarnevernet viser at det er tidkrevende å finne barnevernsinstitusjoner som er individuelt tilpasset til den enkeltes situasjon. Informantene viser i avsnittet til konkrete alternative løsninger til institusjonsplasseringer og at dette handler om flere forhold som også berører tilgjengelige eller tilpassede institusjonsplasser. Analysene av informantenes utsagn kan tyde på at det er flere forhold som har betydning for institusjonsplassering som også innebærer kapasitet og ledige plasser i institusjonstilbudet.

Kvaliteten av det relasjonelle forholdet mellom ansatte og ungdom har betydning for institusjonsoppholdet

I dette avsnittet analyseres hvordan bydelsbarnevernet erfarer institusjonsoppholdet i lys av de institusjonelle forutsetningene for det miljøterapeutiske arbeidet som utføres i BFE-institusjonene. Barnevernstjenesten har et lovfestet ansvar for oppfølging av barn og unge som bor i barnevernsinstitusjoner, uavhengig av plasseringsgrunnlag. Dette ansvaret er nedfelt i barnevernsloven § 10-19 (Barnevernsloven, 2021). Analysene viser at informantenes erfaringer med samarbeidet underveis i institusjonsoppholdet knyttes tett til de institusjonelle forventningene for plasseringen. Informantene fremhever forventningene til oppfølgingen av ungdommene og understreker betydningen av relasjonelle forholdet mellom ansatte og ungdom, som sentral forutsetning for kvalitet. Tre informanter utdyper dette på følgende måter:

Jeg skal ha en person eller ansatte som er den betydningsfulle andre for denne ungdommen. For hvis ikke, så går det ikke. Du må ha et anker. En ansatt som betyr noe ekstra. Disse menneskelige tingene. Vi må ikke tro at alt på institusjonene er så fint og flott, med masse utdanning og sånn.

Det er ikke så mange uker siden jeg satt med et henvisningsskjema, hvor vi søkte plass for en ungdom med rusproblematikk. Denne gangen fikk jeg fire tilbud fra hele landet, fra Alta til Sørlandet og Oslo. Institusjonene sender oss glanspapir: 'Vi gjør sånn', 'vi har denne metodikken'. Men ofte er det den menneskelige forbindelsen som er viktigst. Den

³⁹ BFE har som tidligere nevnt, i kapittel 1, ikke direkte bistandsplikt overfor bydelene, slik Bufetat har overfor kommunene. Dette betyr at BFE ikke har det overordnede ansvaret for at barn får nødvendige tiltak, men at etaten har plikt til å bidra i saker innenfor sitt ansvarsområde. Det er bydelene som har det overordnede ansvaret for barna og for at kvaliteten i tjenestene er i tråd med lovverk og forskrifter. BFE har ansvaret for å sikre at tjenestene de tilbyr til bydelene, har god kvalitet (Barne- og familiedepartementet, 2025; Bydelsreformen – Byrådets forslag om fremtidig organisering av Oslo kommune - Bydelsreformen - Oslo kommune).

connection man får til et annet menneske. Jeg tror det stort sett er viktigere enn metodene.

Det er kanskje det som kjennetegner hen som snart blir skrevet ut av en BFE institusjon. Denne balansegangen. Jeg vet ikke helt hva som skal til, men det handler om betydningsfulle andre. Kanskje en miljøterapeut man knytter seg sterkt til. Det er nesten utslagsgivende for hvor god plasseringen blir.

Informantene framhever at institusjonenes rammer gir mulighet til å arbeide miljøterapeutisk med ungdom over tid. Denne tiden oppleves som en tydelig styrke ved BFE-institusjonene. De peker også på at institusjonenes kontinuerlige tilstedeværelse gir bedre forutsetninger enn barnevernstjenesten for å forstå ungdommenes utfordringer, særlig når behovene er komplekse og sammensatte. En av informantene utdyper mulighetene på følgende måte.

Ungdommene har små åpne vinduer av og til. Det vil aldri kontaktpersonen i barnevernstjenesten få med seg. Men det vil miljøterapeuter og eventuelt en psykolog på institusjonen få med seg. Derfor tror jeg mye kommer frem etter at de kommer på institusjonen. Ikke sant? Det er jo det som er unikt ved institusjoner.

De institusjonelle rammene knyttes også til mulighetene for positiv utvikling over tid. En av informantene trekker fram en BFE plassering av ungdom med rusutfordringer hvor endringene i institusjonsoppholdet har vært vellykket.

Jeg har lyst til å si for nå har jeg hatt en rusplass for en ungdom som har vært i BFE-institusjon og den plasseringen er vi veldig fornøyde med. Hen har flyttet ut i hybel nå. Jeg er bekymret for hen, men tenker at det har vært en veldig vellykka plassering.

I: Og hva var vellykket?

Nei, det er litt sånn en sånn, altså den utviklingen hen har hatt. Det året har vært veldig godt. Og det har liksom, da har det jo vært rusepisoder for ikke sånn kjempelenge siden der også, men der er det er en sånn situasjon, hvor man altså forskjellen fra den dagen vi har plassert og den dagen vi skal skrive hen ut, er veldig stor. Og det er en ungdom som fremstår som motivert for å gjøre andre ting i livet nå, enn da hen flyttet inn for et år siden. Og det er liksom veldig hyggelig, og heldigvis har vi noen sånne historier også, som bidrar til å orke å holde på med dette her. For livet er ikke fullt av de historiene, synes jeg.

Miljøterapeutisk arbeid over tid fremheves som en sentral faktor for positiv utvikling, og eksempler fra praksis viser at relasjonell stabilitet og struktur kan bidra til endring for ungdommer med rusproblematikk.

Oppsummert viser analysene at informantene fra bydelsbarnevernet fremhever betydningen av relasjonell praksis i oppfølgingen av ungdom plassert i BFE-institusjoner. Informantene understreker at kvaliteten på relasjonen mellom ansatte og ungdom er avgjørende for institusjonsoppholdet. I tillegg til at tilstedeværelsen av ansatte på daglig basis kan bidra positivt som betydningsfull støtte til endringsarbeidet til ungdommene.

Erfaringer med smitteeffekt og eskalering av rus i BFE- institusjonene

Informantene trekker også fram deres erfaringer med utfordringene ved å bo i BFE- institusjoner. Utfordringene knyttes til hvordan ungdommene forholder seg til og håndterer det sosiale miljøet. Særlig knyttet til andre ungdommer som bor i institusjonene. En av informantene utdyper.

Så det spiller en veldig stor rolle hvem man ender opp på institusjon sammen med, for den personen kan dra deg med på absolutt alt (...).

Informantene er tydelige på at BFE- institusjonene ikke er opplæringsarenaer for rus, slik det ofte blir fremstilt i media.

Det er ikke sånn at institusjonen er en opplæringsinstitusjon for rusmisbruk. Det er det ikke. Det er disse ungdommene som kommer med disse bidragene inn sammen, og så samles de der. Masse ungdom som har sammensatt problemer. Og i fellesskap så lærer de enda mer og kanskje av hverandre.

Ja, men klart, har du mange ungdommer med samme problematikk på ett sted, så vil jo det oppstå. Og så er det jo institusjonene som må ta tak i det, ikke sant, og hva de gjør med det. Men min erfaring er at de har ruset seg før institusjonen på et eller annet vis.

Felles problematikk kan utløse flere utfordringer for den enkelte ungdom. Oppsamlingen av ungdommer med felles utfordringer under samme tak, kan også knyttes til risikoen for smitteeffekt og at rusproblemene kan eskalere i løpet av institusjonsoppholdet. Nedenfor viser tre av informantene til eksempler på hvordan rusproblemene til ungdommene kan øke i løpet av botiden.

Jeg tror at ungdom som vanligvis ville røyka en joint i uka eller to-tre med en vennegjeng, øker rusbruken sin ved å være på institusjon.

På de institusjonene hvor jeg har hatt ungdom plassert, så har det vært bruk av fentanyl også, nesten overdoser. Så det er på ingen måte et rusfritt miljø.

Men rus i institusjonene er utbredt. Det er det. Og det er ikke vanskelig å få tak i. Vi har hatt ungdommer som har fått tilkjørt rusmidler, altså stort sett hasj, men også piller til institusjonen.

Utsagnene viser til alvorlige bekymringer for rusbrukens omfang og tilgjengelighet i barnevernsinstitusjoner, og antyder at institusjonsopphold kan føre til eskalering av rusbruk. I analysene vektlegger informantene ungdommenes utfordringer, tidligere kjennskap til hverandre og maktforholdet mellom ungdommene. To av informantene utdyper utfordringene.

Hva de legger i felles interesser? Begge to kan ha de samme atferds uttrykkene, og de kan ha begått den samme kriminaliteten. De kan også kanskje være bekjente, eller ha hørt om hverandre fra tidligere. Men hvis en av dem er litt mer dominant enn den andre, så er det den som styrer aktiviteten på institusjonen.

Vi har forsøkt å flytte ungdom lenger vekk i forsøk på å begrense dem litt geografisk og mulighet for å skade seg selv og andre. Men da finner de jo nye ting og stjeler biler. Uansett hvilken institusjon ungdommene blir plassert i, så er det en røver som har noe på lur. De finner hverandre uansett.

Informantene trekker også fram andre forhold som kan øke inntaket av rusmidler under institusjonsoppholdet som ikke knyttes til det sosiale miljøet. Det å ruse seg kan handle om konsekvensene av å bo i en barnevernsinstitusjon. At rusen demper de vanskelige følelsene som å bo uten foreldre. At inntak av rusmidler kan dempe stress og angst. To av informantene utdyper de individuelle betydningene av rusens funksjoner på følgende måte.

Men klart, det kan jo eskalere mens de er plassert på institusjonen. Altså, de går kanskje ikke på skole. Det kan være at de ruser seg fordi de ikke har det bra med å bo på institusjon også.

Det handler ikke bare om at de sitter sammen med andre som ruser seg, men de har jo behov for å dempe følelsene. De sover dårlig, de har stress, angst. Det er jo derfor også det blir rus på institusjon, tenker jeg. Det er jo behov for å ruse seg. Ikke fordi man bor sammen med en som gjør det, men rett og slett fordi man har det dårlig. Og rusens funksjon fungerer jo ganske godt i sånne sammenhenger. Det gjør jo det.

Oppsummert så viser analysene at det sosiale miljøet blant ungdommene på BFE- institusjonene har betydning for rusutfordringene til ungdommene. Informantene fremhever rusens funksjon for den enkelte og smitteeffektene gjennom vennskapene som utvikles i forløpet, som forhold som kan påvirke og bidra til eskalering av rusomfanget.

Håndteringen av rus i BFE- institusjonene

I analysene av informantenes erfaringer med hvordan BFE- institusjonene håndterer og praktiserer rus blant ungdommene er det sterke forventninger til at ansatte tar i bruk begrensinger når ungdommene ruser seg. Informantene peker særlig på bruken av inngrep til å begrense mulighetene til å oppsøke miljøer, hvor tilgangen til rus og kriminalitet kan være høy.

Man skulle ønske de (BFE- institusjonene) hadde større muligheter for å ramme ungdommene inn, for det er jo egentlig det de trenger, og det vi egentlig forventer at foreldrene skulle gjort.

Utsagnet viser til forventninger om at institusjonene skal ivareta omsorgsfunksjonene og beskytte ungdom mot risikofylte miljøer. I rusrelaterte sammenhenger handler det om behovet for en praksis som begrenser ungdommenes tilgang til rus. En av informantene utdyper utfordringene rettet til omsorgsinstitusjonene.

Jeg synes det har vært et godt samarbeid med BFE- institusjonene og synes at de har gjort godt arbeid med de ungdommene egentlig. Det som vi kan savne litt er jo der hvor vi må plassere de på omsorg, fordi det ikke er nok plasser på behandlingsinstitusjonene. Omsorgsinstitusjonene preges fortsatt av at de ansatte driver og undrer seg. Jeg skulle ønske at omsorgsinstitusjonene hadde litt større rammer til å stoppe ungdommene som omsorgspersoner og ramme dem. De faller litt mellom to stoler de ungdommene, fordi de har ikke de samme rammene som behandlings- og akuttinstitusjonene, som at de kan på en måte låse dem inne. Og i det vi bare må bruke omsorgsparagraf, så kan de som blir plassert egentlig gjøre hva de vil.

Kritikken rettes til at omsorgsinstitusjoner ikke har de samme juridiske virkemidlene til å begrense ungdommene, som behandling- og akuttinstitusjonene, slik informanten ovenfor presiserer. Det er sterke forventninger knyttet til at BFE- institusjonene, uavhengig plasseringsgrunnlag, benytter begrensinger som en del av håndteringspraksisene når det gjelder rus.

Det handler ikke om mistillit til institusjoner. BFE- institusjonene er jo egentlig veldig flinke, og de gjør jo mye. Men samtidig så har vi sett et par ganger at hva er det de egentlig får til? Fordi de, altså, med noen, sånn som hen her, som jeg følger opp da, så måtte vi jo å gå gjennom lovverk med dem og si at dere har faktisk mulighet til å presse på grenser til tvang for ungdom. Fordi at vi opplevde at det ble bare «stryke med hårene» med sånn terapi rundt ungdom, men hen trengte jo egentlig motstand og veldig tydelig voksne.

Utsagnet reflekterer spenningsforholdet til institusjonenes rolle og funksjon til å begrense ungdommene på den ene siden og mengdene av tvangsinngrep på den andre siden. Nedenfor

utdyper 3 av informantene de uheldige konsekvensene av håndteringspraksisene rettet mot tvangsinngrepene.

De blir jo også ofte utsatt for en del tvang, ikke sant? De får bevegelsesbegrensning. Det er ikke gitt at de har tilgang på sosiale medier døgnet rundt og sånne typer ting, så muligheten for at de kjeder seg er også mye større enn hjemme. Hvis de da synes at det er greit å ruse seg på en måte, så gjør man jo det i større grad, på tross av at du vet at det blir enda mer begrensninger.

Jeg har hatt en ungdom som har fått fire-fem tvangsprotokoller og tvangsvedtak i døgnet på det verste og da er det romransakelse, bevegelsesbegrensning, som tømning av lommer, forsøk på å ta urinprøver om de kjører til leger. Alle protokoller kommer jo til oss, så kan det jo være at det er en situasjon som har utløst flere, og at de måtte skrive flere vedtak, men det går på en måte ikke an å stramme inn noe mer da.

Institusjonene må jo være attraktive også. Du kan jo ikke hate tilværelsen din der for enhver pris, hele tiden, og det er også det som er når de begynner med alle disse begrensningene og sånt. Da forsvinner jo veldig mye av det som er gøy, som en sånn konsekvens for at du ikke har fulgt opp og gjort sånn som du skal. Og i tillegg til det, så kan det gå til at de har knust TV og internett, og liksom, alt sånt. Da er de ikke der, de vil ikke være der da, og det skjønner jeg for så vidt. Så all den bruken av tvang, det er ikke med på å skape noe bedring og endring og styrke, det er det ikke.

Utsagnene fra informantene viser til de uheldige konsekvensene av hvordan håndteringspraksisene rettet mot tvangsinngrep, praktiseres i BFE-institusjoner. Informantene peker på at tvangsinngrepene kan virke mot sin hensikt i tilfeller hvor det utøves hyppig.

Analysene viser at informantene i bydelsbarnevernet har forventinger knyttet til at institusjonsplasseringene i BFE skal bidra til endringer i ungdommenes utfordringer. Det er en balansegang mellom hyppigheten av tvangsinngrep og potensialet for endring. Vi har tidligere i kapittel 4, belyst lignende dilemmaer i forhold inngripende tiltak. Felles for informantene i BFE og bydelsbarnevernet kan i denne sammenheng forstås som vanskelige avveielser av hva som kan føre til mindre bruk av rus blant ungdommene som bor i BFE- institusjonene. Likevel, viser intervjuene med bydelsansatte at det er sterke forventninger til at rus i institusjonene håndteres med begrensninger for ungdommene det gjelder.

Oppsummering av kapittel 4

Analysene av intervjuene med informanter fra bydelsbarnevernet viser at det ikke gjøres systematiske ruskartlegginger av ungdommer før henvisning til BFE. Informasjonen om ungdommenes bruk av rusmidler er i stor grad avhengig av tillit til ungdommene, samt opplysninger fra eksterne aktører som politi, ruskonsulenter og andre som har tett kontakt med ungdommene i bydelene.

Oppsummert så viser analysene at:

- Henvisning til BFE-institusjoner for ungdom med rusproblematikk skjer ofte på bakgrunn av sammensatte forhold som skolefravær, vold, truende atferd og omfattende kontakt med politiet.
- Ifølge informantene omhandler vurderingene av rus blant unge i bydelene om komplekse utfordringer, ofte relatert til skolefravær, kriminalitet og vold.

- Økonomiske rammer, ungdommenes motivasjon og usikkerhet knyttet til effekten av BFE-opphold inngår ofte i analysene som ligger til grunn for institusjonstiltak og plassering av ungdom i BFE-institusjoner.
- Erfaringene med håndteringspraksis i BFE- institusjonene viser at for lite og for mye bruk av inngripende tiltak kan ifølge informantene ha uheldige konsekvenser for endringspotensialet til ungdommene som har rusutfordringer.
- Tid til å utvikle betydningsfulle relasjoner mellom ansatte og ungdom er ifølge informantene viktige forhold som kan bidra til endring og hindre at opphold i BFE-institusjoner blir oppbevaring.

Kapittel 5: Risiko for alvorlig rusbruk over tid

5.1 Innledning

I dette kapittelet benyttes registerdata for å belyse risiko for alvorlig rusbruk blant ungdommer fra Oslo som bor i barnevernsinstitusjon. Videre undersøker vi i hvilken grad barnevernstjenesten har registrert rus hos ungdommen gjennom undersøkelse i forkant av første institusjonsopphold, samt i hvilken grad ungdommene er siktet av politiet for rusrelatert lovbrudd før oppstart av institusjon.

Innenfor prosjektets rammer er det ikke mulig å fremskaffe informasjon eller empiri som egner seg til å måle direkte omfang av rus blant ungdom som er bosatt i institusjon. Omfanget og varighet av ungdoms alvorlige rusbruk, i hvilke kontekster den skjer og hyppighet i bruk av konkrete rusmidler kan vi derfor ikke beregne direkte. Ved hjelp av tilgjengelige registerdata fra barnevernstjenestene og politiet kan vi imidlertid identifisere atferd som tidligere forskning har identifisert som risiko-indikatorer for alvorlig rusbruk. I tillegg, og i tråd med tidligere forskning, har vi tilgang på data om kjennetegn ved ungdommenes foreldre som kan indikere økt risiko for alvorlig rusbruk.

Følgende spørsmål belyses empirisk:

- Hvor stor er risiko for alvorlig rusbruk og hvor stort er omfang av barnevernets og politiets registrerte rus i institusjonspopulasjonen fra Oslo og i institusjonspopulasjonen fra landet for øvrig?
- Har risiko for eller registrert alvorlig rusbruk endret seg over tid?
- Er alvorlig rusbruk registrert forut for første institusjonsopphold, samtidig med eller i etterkant?

5.2 Institusjonspopulasjonen over tid: Utvikling i registrert rusbruk og risiko for rus.

I dette avsnittet gjennomgås analysene der vi ser på utviklingen over tid i andel som er registrert med rusproblemer i barnevernet, eller som er siktet for rusrelatert kriminalitet i kriminalitetsregisteret.

Vi presenterer utviklingstrekkene for indikatorer relatert direkte til ungdoms egen alvorlige rusbruk gjennom barnevernstjenestenes innregistrering av denne informasjonen. I tillegg bruker vi registerdata om siktelser for rusrelaterte lovbrudd før fylte 17 år, hentet fra kriminalitetsregisteret, for å anslå omfang av rusproblematikk.

Når det gjelder risiko for alvorlig rusbruk, bruker vi for det første sårbarhet knyttet til foreldres rusbruk og foreldres psykiske helse som indikator for risiko. Foreldres rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer er viktige faktorer for å forstå risikoen for rusbruk hos ungdom, og dette kan forklares gjennom både biologiske og sosiale problemer (Bye & Moan 2024). Forskning viser at genetiske faktorer kan spille en rolle: Barn av foreldre med rusproblemer eller psykiske lidelser kan arve en økt sårbarhet for blant annet impulsivitet, lavere stresstoleranse eller psykiske vansker – egenskaper som igjen kan øke risikoen for å utvikle rusproblemer selv (Brennan et al., 2024; Rodríguez-Ruiz et al., 2025). Foreldres psykiske helse- og rusutfordringer kan utgjøre en sosial risiko for ungdommene: Foreldres rusbruk eller psykiske lidelser kan føre til

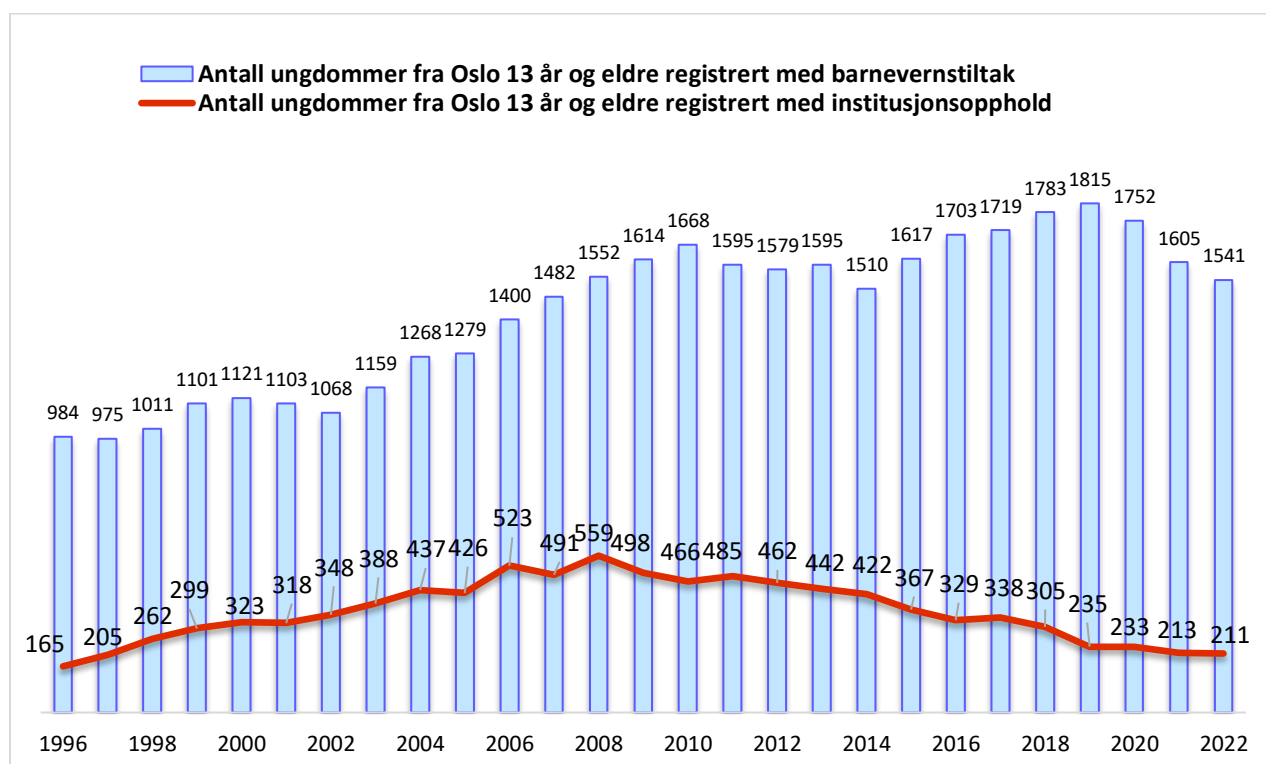
uforutsigbarhet, lavere omsorgskapasitet og mindre emosjonell tilgjengelighet. Dette kan skape utrygghet, stress og manglende støtte i ungdommens liv, noe som igjen kan føre til at ungdom søker mestring eller tilhørighet gjennom rusbruk (Bye & Monan 2024).

For å undersøke risiko for alvorlig rusbruk, benytter vi dessuten indikator for hvorvidt barnevernstjenesten vurderer at ungdommen inngår i negative sosiale miljøer, utviser negativ atferd med eller uten tilknytning til kriminalitet. Både foreldres psykiske helse, rusproblem og barnets egen negative atferd/tilknytning til kriminalitet, er hentet fra barnevernstjenestenes innregistrering av årsaker til vedtak om barnevernstiltak.

Sosioøkonomiske kjennetegn ved familien, gjennom informasjon om foreldres høyeste utdanningsnivå, er hentet fra utdanningsregisteret. Det er godt dokumentert gjennom tidligere forskning at lavt utdanningsnivå korrelerer med sosioøkonomisk sårbarhet (Erola et al., 2016, Khalatbari-Soltani et al., 2022; Helsedirektoratet 2023). Vi bruker derfor andel foreldre med grunnskole eller lavere som høyeste utdanningsnivå som indikator for sosioøkonomiske sårbarhet.

Institusjonspopulasjonen i Oslo 1996 til 2022

I figur 5.1 nedenfor gjengis antallet registrert ungdommer 13 år og eldre fra Oslo kommune med institusjonsopphold i løpet av året (rød linje) i perioden 1996 til 2022 (som utgjør den totale observasjonsperioden for inneværende forskningsprosjekt). Denne populasjonen representerer alle ungdommer bydelene i Oslo har igangsatt barnevernsinstitusjonstiltak for, med andre ord både institusjoner som Barne- og familieetaten i Oslo drifter og institusjoner fra Barne- ungdoms- og familieetaten i Norge for øvrig, samt private⁴⁰. I tillegg angis antall ungdommer i tilsvarende aldersgruppe som hvert år er registrert med barnevernstiltak i løpet av året (blå søyler).



⁴⁰ I registerdata fra barnevernstjenestene som danner grunnlaget for analysene, er det ikke mulig å identifisere kun institusjonsgruppen i Barne- og familieetatens institusjoner.

Figur 5.1: Antall ungdommer 13 år og eldre med barnevernstiltak ved utgangen av året og med institusjonsopphold i løpet av året. Kilde: Registerdata barnevern

Som det fremgår av den røde linjen, har antall ungdommer fra Oslo i institusjon endret seg siden 1996. I årene fra 1996 til 2008, steg antallet ungdommer i institusjon fra 165 til 559. Dette representerer over en tredobling av antall ungdommer i institusjon i løpet av en tolvårs periode. Siden 2008 har antallet ungdommer i institusjon sunket jevnt og i 2022 bodde det totalt 211 ungdommer fra Oslo på institusjon.

Videre viser figuren at antall ungdommer i institusjon fra Oslo følger det samme mønsteret som utviklingen i antall ungdommer fra Oslo som mottar barnevernstiltak totalt (alle typer tiltak), bortsett fra at den generelle barnevernspopulasjonen fra Oslo synker litt etter det første toppåret 2010, for deretter å øke igjen til nytt toppår i 2018. Siden 2018 har antallet ungdommer med barnevernstiltak sunket noe. I 2022 var det totalt 1541 ungdommer 13 – 17 års alder som mottok et eller flere typer barnevernstiltak.

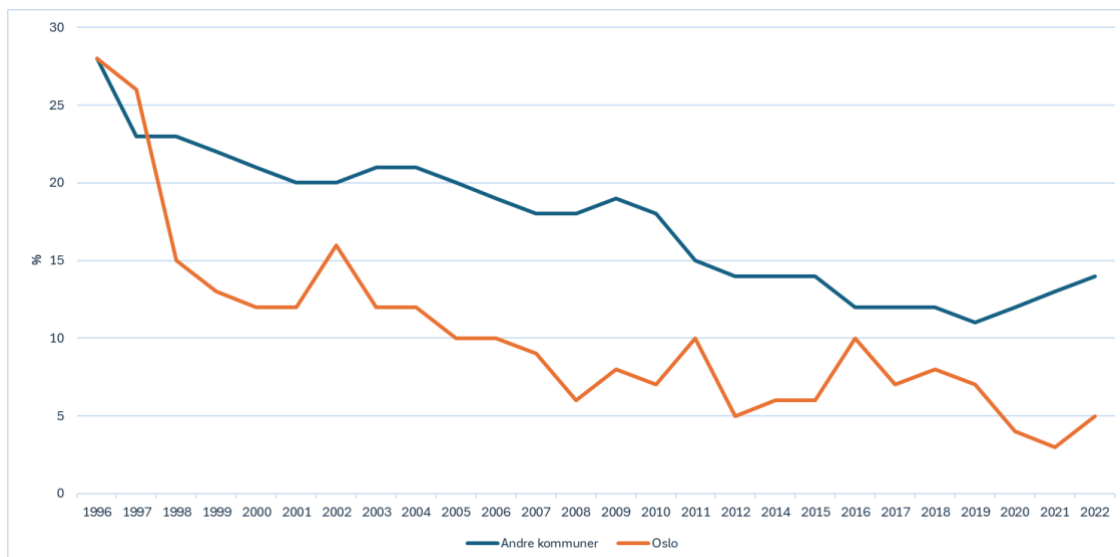
Sammenstilling av tall over ungdommer i henholdsvis barnevernsinstitusjon og i barnevernet generelt, viser imidlertid at andelen ungdommer med institusjonstiltak av alle med tiltak, har endret seg markant i løpet av de årene. De siste årene opp mot 2022, utgjør institusjonspopulasjonen kun litt i overkant av 10 prosent av hele barnevernspopulasjonen i 13 – 17 års alder. Ti år tidligere utgjorde de nærmere en tredjedel av hele barnevernspopulasjonen. Dette tyder på en markant dreining fra bydelenes side når det gjelder å benytte institusjon som barnevernstiltak. Denne tendensen vises også i kapittel 4, i analysene av bydelsbarnevernets praksis.

I det videre analysene hvor vi skal undersøke kjennetegn ved sårbarhet i institusjonspopulasjonen over tid, omtaler vi alle ungdommene som i løpet av et gitt kalenderår bor på institusjon, som tilhørende samme institusjonskohort. Alle som for eksempel bodde i institusjon i 2022 inngår i den samme institusjonskohorten. I hver av figurene presenteres institusjonskohortene for de årene vi har valide data for, og som det er mulig å sammenligne på tvers av år uten at tolkningen blir for usikker.

Institusjonsungdom fra Oslo er angitt i røde linjer, mens institusjonsungdom fra øvrige kommuner i Norge er angitt i blå linjer.

Institusjonskohortene sett i lys av foreldres rusmisbruk og psykiske helse

Figur 5.2 nedenfor viser at andelen ungdommer i institusjon med saksgrunnlag i relatert til at foreldre strever med eget rusmisbruk, har avtatt i institusjonspopulasjonen i løpet av perioden 1996 til 2022.



Figur 5.2: Utvikling andel institusjonsungdom der foreldre strever med rus

For både Oslo-ungdom i institusjon og øvrig institusjonspopulasjon, hadde nær 30 prosent av ungdommene i institusjon i 1996 foreldre med rusproblematikk som utløste tiltak fra barnevernet. I 2022⁴¹ var det kun fem prosent av Oslo-ungdom i institusjon der barnevernet hadde registrert rus hos foreldre. Vi ser en tilsvarende nedgang for den øvrige institusjonspopulasjonen, samtidig som denne gruppen over tid har en høyere andel registrert rus hos foreldre som grunnlag for barnevernstiltak.

Basert på informasjonen i figur 5.2 alene, er det vanskelig å trekke ut en entydig tolkning. Det som er åpenbart, er at rus hos foreldre har over tid blitt en mindre sentral registrert årsak til tiltak fra barnevernet for institusjonspopulasjonen generelt og særlig for Oslo. En forklaring kan rett og slett være at en økende andel av ungdom i institusjon kommer fra familier der rus ikke er en del av utfordringsbildet.

Alternativt, og i takt med økt utdanningsnivå i befolkningen, og middelklassens «inntog» i barnevernet utover 2000-tallet, møter barnevernstjenesten i økende grad familier med ungdommer som strever og som kan ha behov for institusjon, men der foreldre er dyktigere på å skjule egen rusproblematikk gjennom å være mer bevisst på hvordan de fremtrer. Dette poenget tematiseres i forskningsrapporter om utviklingen i barnevernet fra 1990- og utover 2000 tallet (Marthinsen & Lichtwarch 2013; Clifford et al., 2015) der forskerne viser til at barna fra middelklassefamilier oppdages senere og der tiltaket oftere starter med plassering i barnevernsinstitusjon basert på bekymringer knyttet til barnets atferd og/eller rus. Barn fra mer sosioøkonomisk sårbare familier, kommer vesentlig tidligere inn barnevernet, der årsaker til behov for barnevernstiltak defineres ut ifra at det er foreldre som strever med rus, helse eller andre forhold som påvirker omsorgsevnen.

Med andre ord: Barnevernstjenestene rammer inn barn og ungdommer fra middelklassefamilier sine utfordringer som atferdsvansker, mens foreldrenes sårbarhet i større grad går under radaren. Statistikken som trekkes ut av barnevernets registreringer kan dermed skyldes en «klassestyrt» forståelseshorisont fra tjenestenes side, der manglende kompetanse om rusuttrykk hos middelklassen eller andre muligheter til å komme i posisjon til å fange opp bakenforliggende og vanskelige familieforhold, fører til mindre innregistrering av rusproblemer til disse foreldrene.

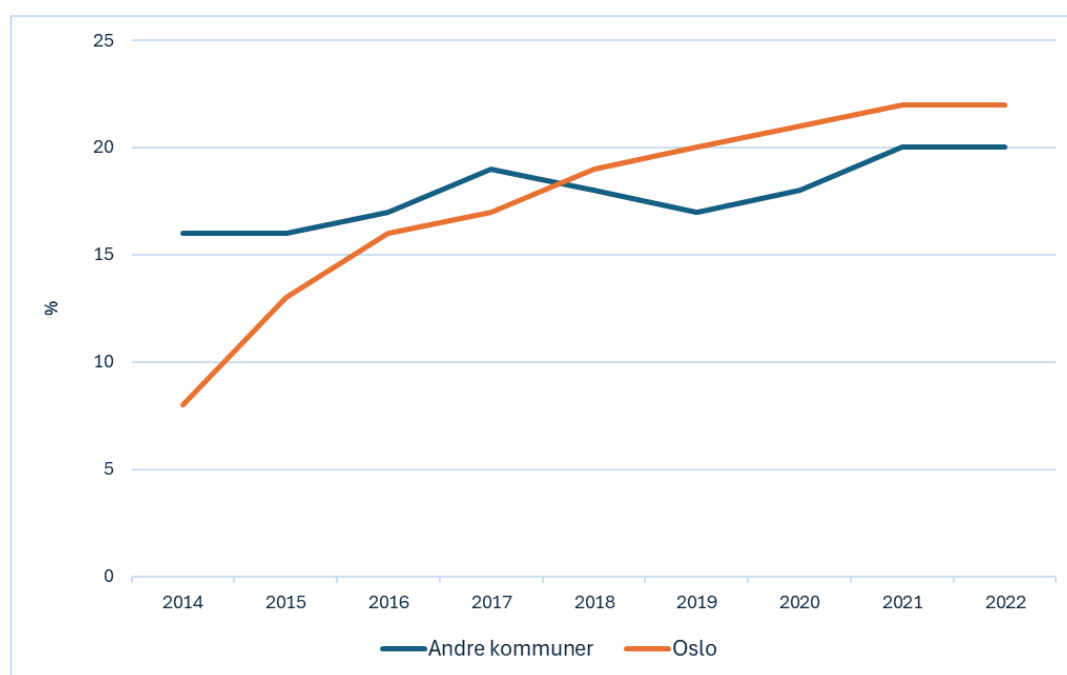
⁴¹ Siste tilgjengelige årgang for forskningsprosjektet.

En annen og komplementerende forklaring av nedgang i rusproblematikk hos foreldre utover 2000-tallet, kan være at ungdom med flerkulturell bakgrunn, der foreldre i liten grad ruser seg, i økende grad utgjør en større andel av institusjonspopulasjonen. Det finnes ikke publisert statistikk over ungdom på institusjon sin migrasjonsbakgrunn. Derimot publiserer SSB statistikk over antall barn og ungdommer i alderen 13 – 17 år med innvandrerbakgrunn. Denne viser at i løpet av en tiårsperiode har antallet barn og ungdommer med innvandrerbakgrunn med omsorgsovertakelse økt med 74 prosent, mens tilsvarende gruppe med flere generasjoner norsk bakgrunn har blitt redusert med 11 prosent. I 2023 utgjorde ungdommer i 13 – 17 års alder og som enten selv var født utenfor Norge eller der foreldre var født i annet land 25 prosent av alle med omsorgsovertakelse. I 2013 utgjorde de 14 prosent,

Denne markante endringen i barnevernspopulasjonen kan dermed reflekteres i at foreldres rusbruk i mindre grad er årsak til at institusjonstiltak. Siden nedgangen er særlig sterk i Oslo, der andelen ungdom i institusjon med flerkulturell bakgrunn er høyest, kan tyde på at dette er en sentral forklaring.

I tillegg ble listen over årsaker til barnevernstiltak i løpet av årene 1996 til 2022 bygget ut. Dermed fikk barnevernstjenestene flere kategorier å forholde seg til når de skulle begrunne vedtak om tiltak ved hjelp av listen. Dette kan ha ført til at søkelys på årsaker til barnevernstiltak har flyttet seg vekk fra å definere foreldreutfordringer som rus, til å definere dem som psykiske helseutfordringer.

I figur 5.3 nedenfor ser vi at nettopp andelen av ungdommene i institusjon som har foreldre med psykiske utfordringer, har økt nokså markant fra 2014 til 2022. Dette gjelder både ungdom fra Oslo og øvrig institusjonsungdom, men særlig for ungdom fra Oslo.



Figur 5.3: Utvikling i andel av institusjonsungdom med foreldre som strever med psykiske helseutfordringer.

Sett i lys av nedgangen i andel med rus hos foreldre, kan dermed et skifte fra å primært sette søkelys på rus som et rusproblem, til å definere det som et helseproblem, være en del av forklaringen.

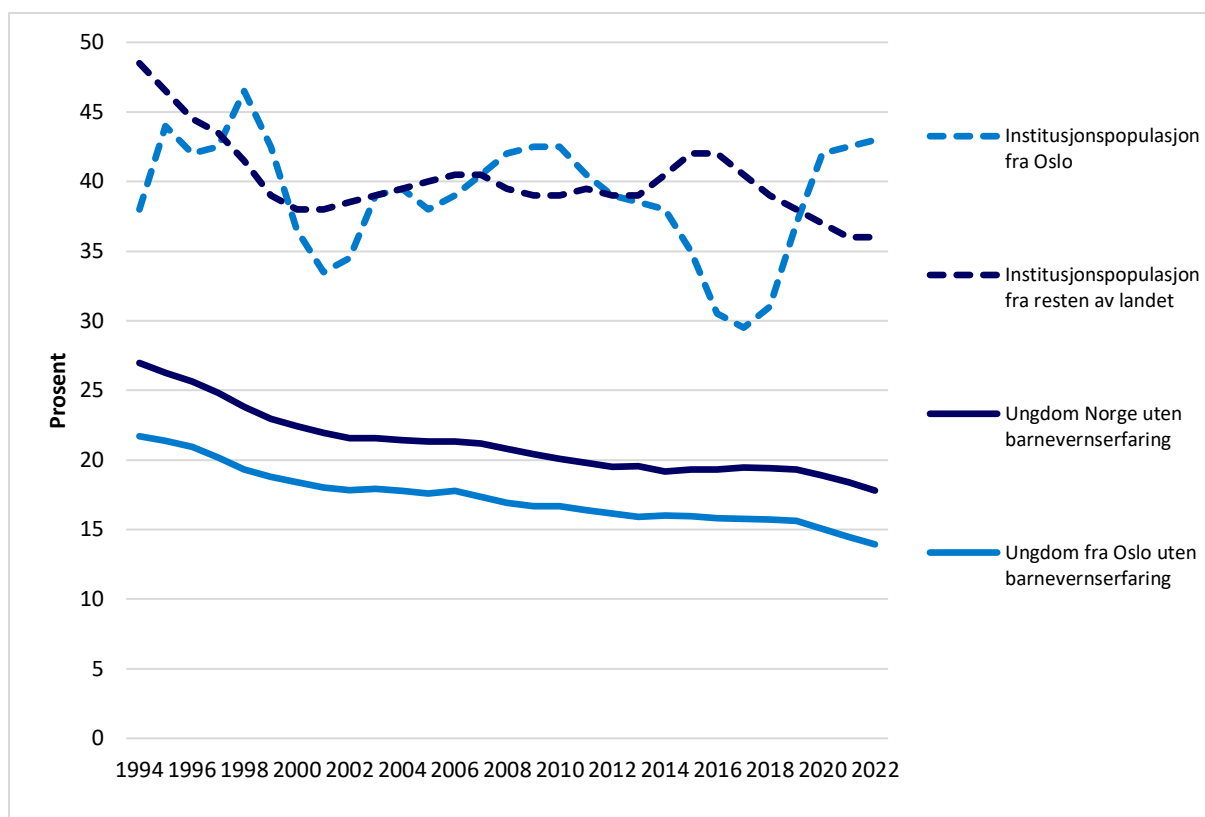
Institusjonskohortene sett i lys av familiens sosioøkonomiske kjennetegn

Tidligere forskning viser at ungdom med levekårsutsatt bakgrunn har gjennomgående lavere skoleprestasjoner og høyere risiko for frafall i videregående opplæring (Valset 2014; Berlin et al., 2016; Dæhlen 2017; Dæhlen 2018; Valset 2018). For institusjonsungdom forsterkes dette ytterligere av ustabilitet i skolegang, hyppige flyttinger og psykososiale utfordringer. Selv om enkelte lykkes med å fullføre utdanning, viser forskning at institusjonsungdom i snitt har betydelig lavere utdanningsnivå som unge voksne sammenlignet med jevnaldrende. Dette begrenser deres muligheter på arbeidsmarkedet og øker risikoen for varig utenforskap (Drange et al., 2022; Paulsen et al., 2023, Holten & Valset, 2025).

Overgangen fra ungdom til voksenliv er krevende for mange, men kan være særlig krevende for ungdom som har vært i barnevernsinstitusjon. Manglende utdanning, svake nettverk og psykiske helseutfordringer gjør det vanskelig å etablere seg i arbeidslivet. Mange har behov for tett oppfølging og tilrettelagt støtte for å komme i arbeid. Uten slik støtte er risikoen høy for langvarig arbeidsledighet eller avhengighet av offentlige ytelser (Vinnerljung et al., 2015; Paulsen et al., 2023; Brännström et al., 2024; Holten & Valset, 2025).

Levekårsutsatt oppvekst er tett knyttet til økt risiko for psykiske helseplager, som angst, depresjon og traumer (Hynek et al. 2022). For institusjonsungdom er dette ofte kombinert med erfaringer med vold, omsorgssvikt og ustabile relasjoner. Dette kan føre til langvarige helseutfordringer og økt sårbarhet for rusmiddelbruk. Flere studier viser at personer med barnevernserfaring generelt, men særlig ungdom som har behov for institusjonsplassering, har markant høyere forekomst av både psykiske lidelser og rusproblemer i voksen alder enn befolkningen generelt (Gauffin et al., 2013, Gauffin et al., 2016, Bask et al., 2016, Björkenstam et al., 2018, Almquist et al., 2020, Heradstveit et al., 2020).

Analysen gjengitt i figur 5.4 nedenfor av foreldres sosioøkonomiske bakgrunn, viser at andelen institusjonsungdom som har foreldre med kun grunnskole som høyeste utdanningsnivå har ligget mellom 35 og 45 prosent de siste 30 årene.



Figur 5.4: Andel av ungdom i hver av institusjonskohortene der foreldre har grunnskole eller lavere utdanning som høyeste utdanningsnivå, Oslo og resten av landet, sammenlignet med jevnaldrende uten erfaring fra barnevernet.

I Oslo var det en viss endring i institusjonspopulasjonens sosioøkonomiske sammensetning mellom 2010 og 2018, da andelen med foreldre med kun grunnskoleutdanning sank fra over 40 prosent til 30 prosent. Etter 2018 har andelen institusjonsungdom med levekårsutsatt profil økt markant på kort tid, fra 30 prosent til over 40 prosent.

Med unntak av perioden fra 2013 til 2019, har institusjonsungdom i Oslo i stor grad hatt samme sosioøkonomiske profil som institusjonsungdom i resten av landet. Samtidig viser utviklingen at andelen institusjonsungdom med lavt utdannede foreldre har gått ned i resten av landet i de siste årene av observasjonsperioden.

Det er særlig stort avvik mellom institusjonsungdom i Oslo og jevnaldrende ungdom uten barnevernserfaring fra Oslo når det gjelder andelen med svært lavt utdannede foreldre. Analysen gjennomgått over, viser at ungdom som plasseres i institusjon ofte kommer fra familier med lav utdanning, som igjen indikerer lavere økonomisk handlingsrom, mindre integrasjon i arbeidslivet, opphopning av helseutfordringer og svakere sosiale nettverk. Dette gir et viktig bakteppe for å forstå hvilke livssjanser disse ungdommene har, uavhengig opphold i institusjon.

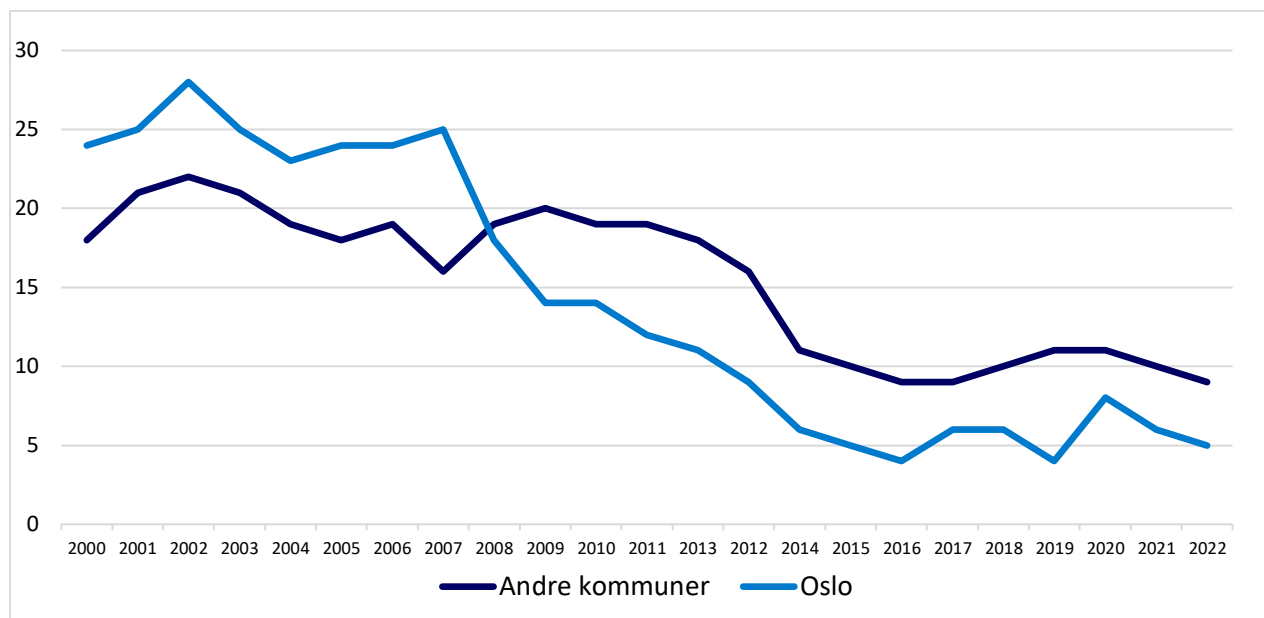
Vi går nå videre til å presentere andel av ungdommene i institusjon som barnevernet har registrert rusbruk hos ungdommen som grunnlag for videre barnevernstiltak.

Utvikling i ungdommens registrerte rusbruk som grunnlag for barnevernstiltak

Barnevernstjenestene registrerer inn årsaker til barnevernstiltak i etterkant av undersøkelse er gjennomført og det gjøres vedtak om tiltak. En av vedtaksgrunnlagene er som tidligere omtalt at barnevernet er bekymret for barnet eller ungdommens rusbruk. Det er kun i tilknytning til meldingsfasen og undersøkelsessaker som ender med barnevernstiltak, at barnevernet registrer

inn vedtaksgrunn. Dermed vil sårbarhet og behov som barnevernet avdekker i løpet av tiltaksfasen og som resulterer i et nytt tiltak uten en forutgående undersøkelse, ikke bli registrert inn som vedtaksgrunn⁴².

Dette betyr at andelen som strever med rus i en eller annen grad, blir underestimert når vi kun legger til grunn data fra barnevernstjenesten.



Figur 5.5 Andel ungdom i hver av institusjonskohortene som er registrert med rus av barnevernstjenestene, Oslo og resten av landet.

Analysen gjengitt i figur 5.5 viser at utviklingen blant Oslo-ungdom i institusjon delvis følger samme mønster som for institusjonsungdom i resten av landet, men det finnes også tydelige forskjeller mellom de to gruppene. En felles utvikling for begge gruppene er at andelen ungdom som barnevernstjenesten registrerte med rusproblematikk, var betydelig høyere tidlig på 2000-tallet. Etter denne perioden har andelen sunket markant og stabilisert seg på et lavere nivå mot slutten av observasjonsperioden.

I toppårene mellom 2000 og 2007 hadde i gjennomsnitt én av fire ungdommer i institusjon i Oslo rusbruk som en av årsakene til at barnevernstiltak ble iverksatt. Dette står i sterk kontrast til utviklingen i perioden 2014–2022, hvor kun fem prosent av ungdommene i institusjon i Oslo hadde rusbruk som en del av årsaken til tiltak. Det viser en betydelig nedgang i registrert rusproblematikk som tiltakskriterium etter endt undersøkelsessak.

Det kan fremstå som noe kontraintuitivt at andelen ungdom registrert med rusproblematikk er så lav, særlig med tanke på den økte tilgjengeligheten av rusmidler – både når det gjelder type, mengde og de mange digitale kommunikasjons- og distribusjonskanalene som finnes i dag

⁴² For å illustrere: Et barn som har flere undersøkelsessaker der barnevernet er bekymret for rus, og registrerer inn denne informasjonen uten at dette i første omgang resulterer i barnevernsinstitusjonsopphold, men derimot vedtak om råd og veiledning, eventuelt MST. Hvis barnet etter hvert flytter på institusjon, vil dette barnet/ungdommen tilhøre analysepopulasjonen som har rus registrert. Derimot vil en ungdom, som først har hatt mange undersøkelsessaker utelukkende relatert til foreldres omsorgsevne, rus og/eller psykiske helse, og som etter flere runder med ulike barnevernstiltak flytter i institusjon uten at det opprettes en undersøkelsessak i forkant av oppholdet, ikke være en del av institusjonspopulasjonen som er registrert med rus. Dette betyr ikke at ungdommen ikke strever med rus eller at barnevernstjenesten ikke kjenner til det. Det betyr bare at det ikke har vært en undersøkelsessak som omfatter rus i forkant av barnevernstiltak.

sammenlignet med 10 – 20 år siden. Med en slik økning i tilgjengelighet kunne man forvente at en større andel ungdom ville bli registrert med rus i barnevernet som en del av saksgrunnlaget og årsak til tiltak.

En mulig forklaring på at det likevel er en nedgang i registrert rusbruk, kan være at det har skjedd en holdnings- og praksisendring i barnevernstjenestene over tid. Dersom bruk av visse typer rusmidler i større grad har blitt normalisert (for eksempel cannabis jamfør studie Bretteville-Jensen & Bramness, 2019), og at holdningene til hva som anses som alvorlig eller registreringsverdig rusbruk har endret seg i perioden fra 2000 til 2022, kan dette ha ført til at terskelen for å registrere rus som en årsak til tiltak har blitt høyere.

En annen forklaring kan være at nye typer rusmidler gir uttrykk og atferd som ikke nødvendigvis gjenkjennes som rusrelatert av barnevernstjenestene, skolen eller andre aktører i hjelpeapparatet. Dermed blir ikke rusproblematikken fanget opp i de tidlige fasene, og den registreres heller ikke i barnevernets systemer. Det er først når ungdommen plasseres i fosterhjem eller institusjon, og dermed er under tettere observasjon og kontroll, at rusbruk oppdages og/eller at alvorlighetsgraden kommer tydeligere til syne. Dersom barnevernstjenesten ikke igangsetter en ny undersøkelse etter plassering, vil heller ikke denne informasjonen om rusbruk bli registrert i fagsystemene på en oversiktlig og tellbar måte.

En tredje tolkning er at ungdom i dag faktisk i mindre grad enn tidligere strever med alvorlig rusproblematikk. Selv om ungdom ruser seg og barnevernet er kjent med dette, er det ikke nødvendigvis slik at rusbruken skiller seg vesentlig fra det som er vanlig blant jevnaldrende. I mange tilfeller er det andre forhold ved barnets omsorgssituasjon eller familiemiljø som er så alvorlige at det er disse som utløser behovet for tiltak som fosterhjem eller institusjon. I slike tilfeller vil ikke barnevernstjenesten nødvendigvis registrere «barnets rusbruk» som en direkte årsak til tiltaket.

Institusjonspopulasjonene sett i lys av alvorlig atferdsvansker og/eller kriminalitet

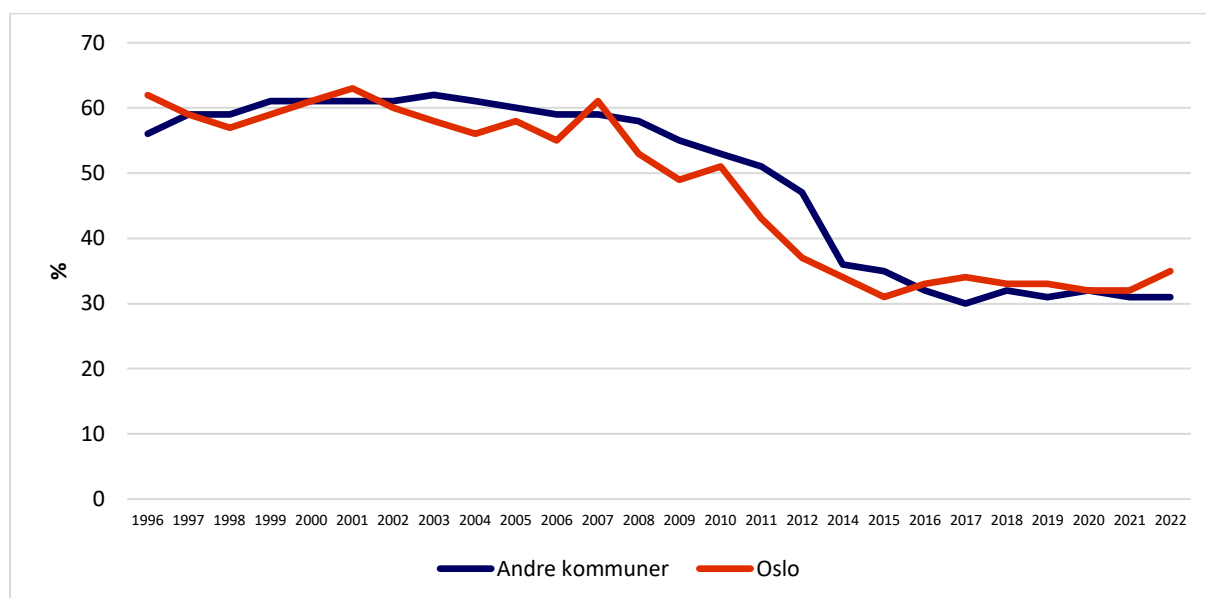
Et av saksgrunnlagene i barnevernets registreringer er relatert til «barnets atferd». Dette saksgrunnlaget er knyttet til utagerende atferd som kan ha negative helseutfall for både barnet og personer i barnets omgivelser, gjennom utagerende fysisk voldelig atferd, rettet mot personer eller gjenstander. I tillegg ble dette saksgrunnlaget benyttet til å registrere barnets involvering i kriminelle handlinger eller deltakelse i kriminelle miljøer frem til 2013. Fra 2013 og videre ble saksgrunnlaget «barnets kriminalitet» skilt ut som en egen kategori i fagsystemene. For å kunne lage tidsserie er saksgrunnlagene «barnets atferd» og «barnets kriminalitet» slått sammen i analysen av utvikling over tid.

Utviklingen i saksgrunnlaget «barnets atferd/kriminalitet» er relevant å belyse, da det er en viss statistisk sammenheng mellom de to vedtaksgrunnene «barnets rus» og «atferd/kriminalitet»⁴³, samtidig som det kan være enklere for barnevernet og andre aktører rundt barnet å oppdage farlig atferd enn rusbruk. Dermed er indikatoren «barnets atferd/kriminalitet» sentral for å avdekke risiko for alvorlig rusbruk, utover vanlig eksperimentering av rus hos ungdom (Hopfer et al., 2013, Hansen et al. 2025).

Det er imidlertid viktig å understreke at dette saksgrunnlaget omfatter veldige ulike typer atferd og som vil ha ulik risiko for rus. Det er likevel en interessant parameter å følge utviklingen for, da de

⁴³ Korrelasjonskoeffisienten er 0,25, og p-verdien er lavere enn 0,001, noe som betyr at sammenhengen er statistisk signifikant

som befinner seg i denne kategorien, sett under ett vil kunne ha høyere risiko for rus enn jevnaldrende i institusjonspopulasjonen som ikke har dette vedtaksgrunnlaget.



Figur 5.6: Andel i hver av institusjonskohortene som er registrert med alvorlig atferd og/eller kriminalitet

Hovedtendensen i figur 5.6 for institusjonspopulasjon fra både Oslo (rød linje) og resten av landet (blå), er at andelen registrert med alvorlig utagerende atferd, har avtatt kraftig i løpet av perioden 1994 til 2022.

I 2022 var om lag en av tre ungdommer i institusjonspopulasjonen registrert med alvorlig eller kriminell atferd, mens dette gjaldt nær dobbelt så høy andel 20 – 25 år tidligere. Andelen lå i perioden 1996 til 2007 stabilt rundt 60 prosent, men avtok deretter jevnt og nokså kraftig frem til 2014. Siden 2014 har andelen vært relativt stabil rundt 30 prosent.

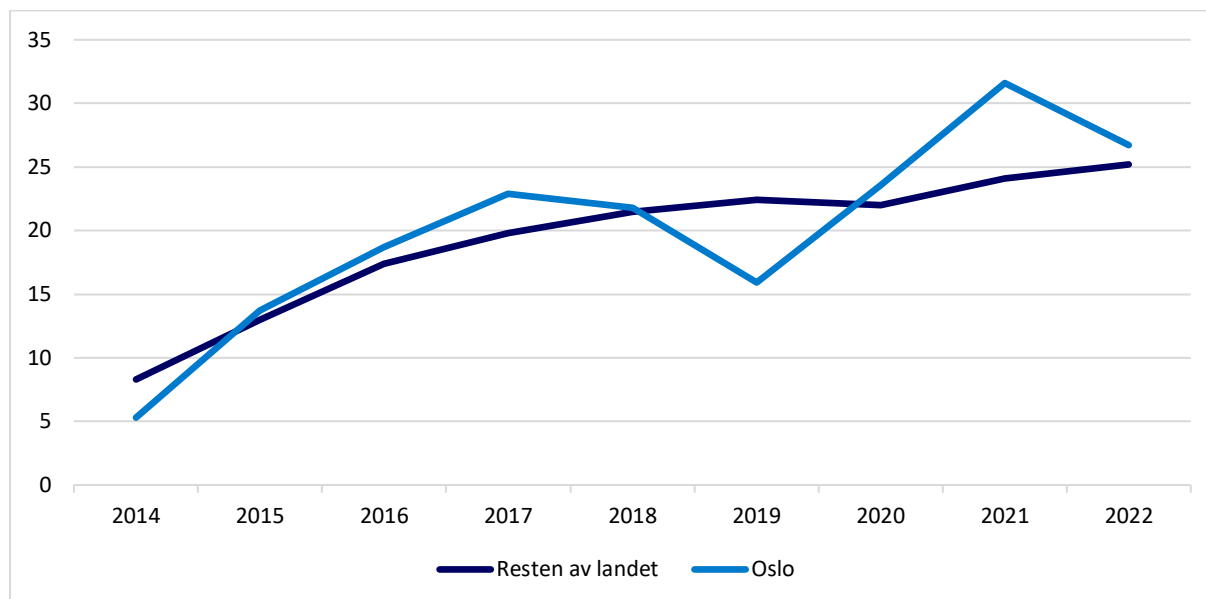
På samme som med nedgangen i andel unge med registrert rus i barnevernet, er ikke utviklingen i andel barn registrert med alvorlige atferdsutfordringer enkel å forklare, da det er lite fra praksisfeltet som tilsier at ungdom i institusjon har mindre innslag av atferdsvansker i de siste årene. Siden utviklingen i andel barn med atferdsvansker i institusjonspopulasjonen i Oslo er lik utviklingen i institusjonspopulasjonen ellers i landet, gjenspeiler dette et faktisk kursskifte, og ikke kun utslag av endret praksis hos enkelte bydeler i Oslo.

Hvorfor er det nedgang i andel ungdom registrert med rus eller atferdsvansker siste 15 – 25 årene?

En nærliggende forklaring av at andelen ungdom i institusjon i mindre grad er registrert med rus og/eller alvorlig atferd i barnevernets rapporteringer, kan være en endring i tjenestenes kunnskap om og innramming av barnets utfordringer og behov. I kjølvannet av økt kunnskap om barn og ungdoms kognitive utvikling og hvordan psykisk helse manifesteres i alvorlig atferd og rusbruk, kan barnevernstjenestene over tid ha endret registreringspraksis.

I 2014 ble dessuten en ny kategori innført i fagsystemene, noe som også kan ha påvirket registreringspraksis. Denne kategorien er betegnet som «barnets psykiske problemer/lidelse», og er på samme måte som «barnets atferd» en sekkebetegnelse som omfatter et variert spekter av utfordringer og behov. Det er derfor interessant å se utviklingen i bruk av kategoriene «rus» og «atferd» i lys av kategorien «psykiske problemer/lidelser».

Etter innføring av ny kategori i fagsystemene fra 2013-2014, der intensjonen var å synliggjøre barnets psykiske utfordringer og helsebehov, ser vi at andelen ungdom i institusjon der dette saksgrunnlaget er registrert øker markant.



Figur 5.7 Utvikling barnevernstjenestens registrering av psykiske helseutfordringer i institusjonspopulasjonen i Oslo og institusjonspopulasjonen i landet for øvrig: Andelen i de to institusjonspopulasjonene som er registrert med «psykiske problemer/lidelser».

Fra figur 5.7 kan vi se at i 2014 hadde om lag 5 prosent av ungdommene fra Oslo saksgrunnlaget «psykiske problemer/lidelser», mens det knappe 10 år senere gjelder 25 – 30 prosent av institusjonspopulasjonen. Det er lite sannsynlig at ungdomskohortene i institusjon har endret seg så markant med hensyn til forverret psykisk helse innenfor den korte tidsperioden vi finner denne økningen. I takt med økt kompetanse om psykisk helse i barnevernstjenesten, har antagelig vurderingsgrunnlag og registreringspraksis endret seg og flere registreres med psykiske helseutfordringer.

Når vi ser økningen i andel ungdom med psykiske helseutfordringer i sammenheng med nedgangen i andel ungdom med atferd og rus, er en nærliggende tolkning at ungdomskohortene over tid har vært nokså uendret, men førstelinjetjenestene generelt og barnevernstjenestene spesielt, definerer utfordringer knyttet til rus og annen alvorlig atferd inn i en helsekontekst. Barnevernstjenesten har med andre ord over tid blitt mer tilbøyelig til å fange opp og rapportere om psykiske helseutfordringer, fremfor å ramme inn rusbruk eller bekymringer om rus «kun» som rusproblematikk. Tilsvarende for atferdsvansker.

Resonnementet over utgjør derfor en sentral ramme for å vurdere den statistiske utviklingen. Gjennomgangen av barnevernstjenestens registreringer av rus, atferd og psykisk helse i et 30 års perspektiv, kan gjenspeile at institusjonspopulasjonen ikke nødvendigvis er særlig endret over tid. Derimot kan kompetansen som ligger til grunn for tolkning av ungdommenes ytre handlinger ha endret seg. Dermed endres også saksbehandlernes bruk av kategoriene i fagsystemet. Vi finner som vist til over tilsvarende økning når det gjelder innføring av kategori for foreldres psykiske helseutfordringer. Dette gir dermed støtte til en endret kompetanse og registreringspraksis i de kommunale barnevernstjenestene, fremfor at utfordringer og behov i institusjonspopulasjonen har endret seg.

En konsekvens av dette, vil dermed være at barnevernets registreringer av ungdom på institusjon sine utfordringer, ikke egner seg til å konkludere entydig med hensyn til utvikling over tid.

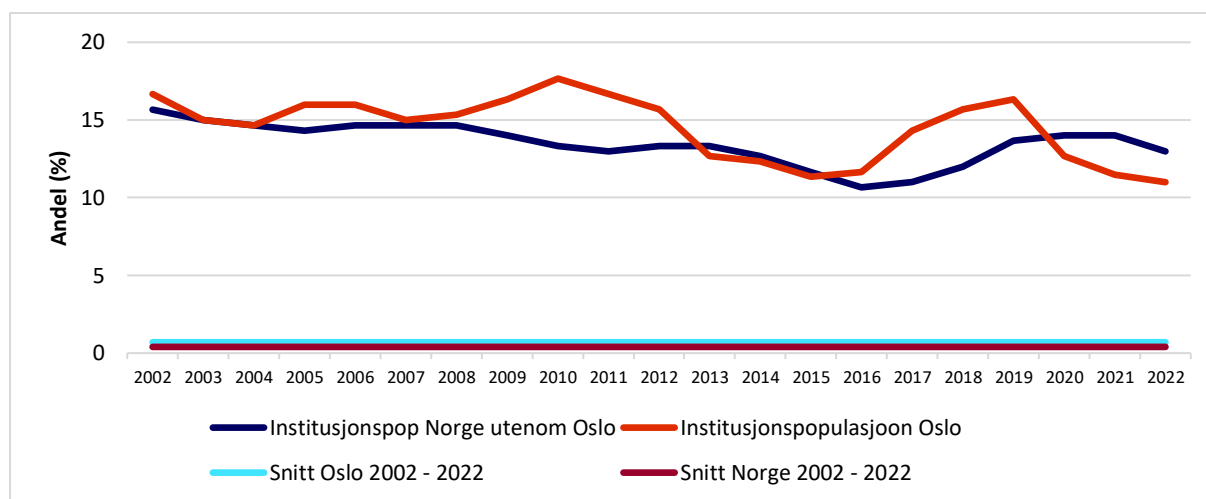
For å komplementere utviklingsbilde når det gjelder rusbruk i institusjonskohortene over tid og omfang av registrert rus i de siste årene sammenlignet med for 20 år siden, vil vi også gjennomgå utvikling i andel ungdom i institusjon som har vært siktet for rusrelaterte lovbrudd.

Institusjonspopulasjonene sett i lys av rusrelaterte lovbrudd

Ved hjelp av data fra kriminalitetsregisteret, kan vi belyse utviklingen i andel ungdom som er siktet for rusrelaterte lovbrudd over tid. Denne indikatoren omfatter til dels ulike typer rusmidler og alvorlighetsgraden vil variere. I tillegg er det siktelsener som fanges opp, slik at en del av disse henlegges før det foreligger tiltale, mens noen ender med frifinnelse. Siktelsener er likevel en sentral parameter for å forstå utviklingen over tid med hensyn til ungdomskriminalitet. En stor andel av siktelsener mot ungdom ender med henleggelse som følge av at ungdommen er under kriminell lavalder. Dersom vi la til grunn tiltale eller domfellelse for rusrelaterte lovbrudd, ville en stor andel av ungdommene siktet for rusrelaterte lovbrudd forsvunnet ut av analysen. Dette vil igjen føre til at andel som er involvert i det politiet legger til grunn er et lovbrudd, blir veldig underestimert. Det er imidlertid viktig å understreke at siktelsener ikke nødvendigvis ville ført til domfellelse. I tillegg er data om siktelsene hentet fra politiets register over etterforskede lovbrudd, med de begrensingene i forhold til mørketall og skjevheter i statistikken som det kan medføre⁴⁴.

Vi sammenligner ungdom fra Oslo bosatt i institusjon med ungdom i institusjon fra resten av landet. I tillegg sammenligner vi disse institusjonsgruppene med ungdom fra Oslo og resten av landet som ikke har tiltak fra barnevernet.

Ungdommer som er bosatt i institusjon i løpet av et kalenderår, inngår i samme institusjonskohort. Spørsmålet vi skal belyse er hvorvidt andel siktet for rusrelatert kriminalitet har endret seg i løpet av de siste 20 årene, og hvordan institusjonspopulasjonen avviker fra snittet blant jevnaldrende uten institusjonserfaring. Funnene fra denne analysen presenteres i figur 5.8 nedenfor.



Figur 5.8 Utvikling rusrelatert kriminalitet 2002 – 2022: Andel ungdom i barnevernsinstitusjon gjeldende år som har vært siktet for rusrelatert kriminalitet før fylte 16 år. Kun ungdom i institusjon som har rukket å bli 16 år. Sammenlignet med andel jevnaldrende uten barnevernserfaring som er siktet for rusrelaterte lovbrudd før fylte 16 år.

⁴⁴ Tidligere forskning viser at noen grupper i samfunnet har et sterkere søkelys på mot seg enn andre sosiale grupper. Dette innebærer at oppdagelsesprosenten ikke nødvendigvis reflekterer faktisk kriminalitetsnivå, men i stor grad påvirkes av hvor politiet retter innsatsen sin. Det kan dermed oppstå en skjevhet i statistikken, hvor kriminalitet i marginaliserte områder i større grad blir synliggjort og registrert.

Figur 5.8 viser at i løpet av perioden 2002 til 2022 har andelen med siktelsler for rusrelatert kriminalitet variert noe i institusjonspopulasjonen fra Oslo⁴⁵ og resten av landet, men i mindre grad for resten av landet⁴⁶.

I snitt har 13 prosent i institusjonspopulasjonen fra Oslo vært registrert med siktelsler for rusrelatert kriminalitet, men som det fremgår av den røde linjen har andelen ligget jevnt høyere enn dette frem til 2012 for deretter å synke. Fra 2016 økte andelen med siktelsler i institusjonspopulasjonen fra Oslo, fra 12 til 16 prosent i løpet av tre år, for deretter å avta til 11 prosent.

I store trekk er andelen som er siktet for rusrelatert kriminalitet nokså lik i de to institusjonspopulasjonene⁴⁷. Sammenlignet med ungdom i samme aldersgrupper utenfor barnevernet, finner vi at institusjonspopulasjonene har markant høyere tilbøyelighet til å bli siktet for rusrelatert kriminalitet. Selv om det er en viss nedadgående tendens til å bli siktet for lovbrudd over tid, er andelen som siktes før fylte 16 år blant Oslo-ungdom i institusjon tjue ganger høyere enn jevnaldrende ungdom i Oslo generelt.

Analysene viser at ungdom med institusjonserfaring fra Oslo og resten av landet i stor grad er involvert i rusrelatert kriminalitet. Innenfor årgangene med data forskningsprosjektet har tilgang til,⁴⁸ finner vi imidlertid ikke en tendens til økning over tid, men tvert imot en svak tendens til nedgang.

Nedgangen i siste del av perioden som vi har data for⁴⁹ er i tråd med nedgangen i kriminalitet i ungdomsbefolkningen generelt i denne perioden, og omhandler antagelig effekter av pandemi og smittevernstiltak som førte til reduksjon i rusrelatert kriminalitet i denne perioden. Samtidig indikerer rapporteringer fra politiet at ungdomskriminalitet relatert til vold og mishandling har økt nokså kraftig i 2023 og 2024 sammenlignet med tidligere⁵⁰.

Når det gjelder siktelsler for vold og mishandling i ungdomstiden, finner vi at institusjonsungdom fra Oslo ligger markant høyere enn landsgjennomsnittet.

⁴⁵ Rød linje øverst.

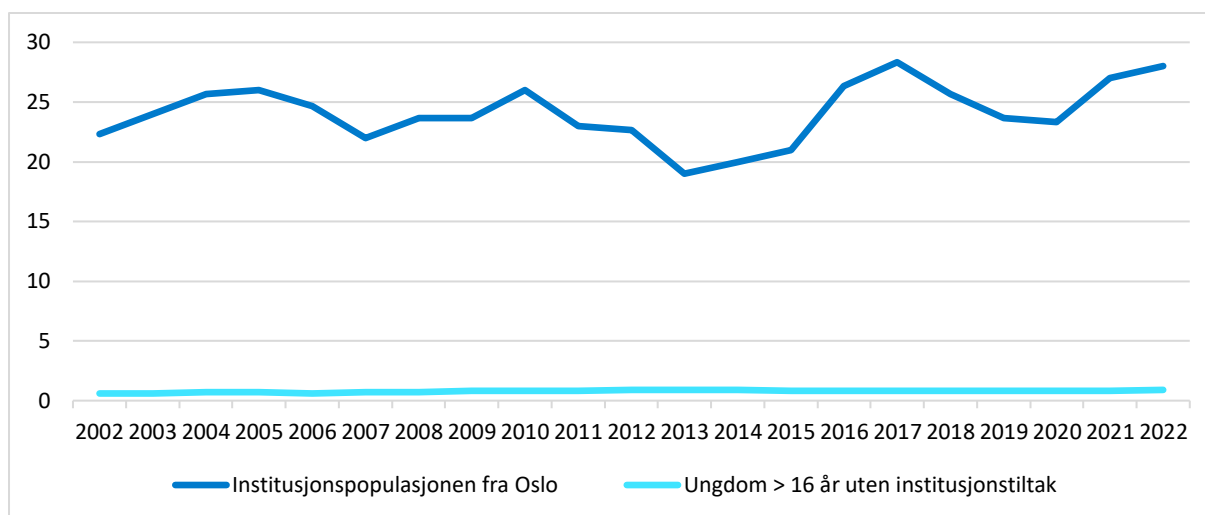
⁴⁶ Mørkeblå linje.

⁴⁷ Ungdom fra Oslo versus resten av landet.

⁴⁸ Til og med 2022.

⁴⁹ 2019 – 2022.

⁵⁰ Barne- og ungdomskriminaliteten i Oslo for 2024.



Figur 5.9 Andel siktet for vold og/eller mishandling før 16 års alder i institusjonskohorten fra Oslo som har rukket å bli 16 år, samt i jevnaldersbefolkningen uten institusjonserfaring. Årlig andel i perioden 2002 til 2022.

Figur 5.9 viser at i 2022 var i underkant av 30 prosent av Oslo-ungdommer over 16 år i institusjon siktet for vold og/eller mishandling før fylte 16 år. Andelen av institusjonspopulasjonen fra Oslo som er siktet for vold/mishandling i løpet av tidlig ungdomstid, har holdt seg nokså stabil rundt 25 prosent i perioden 2002 til 2022, med unntak av en nedgang 2010 til 2015.

Det er en viss tendens til at andelen som siktes for vold og mishandling blant institusjonspopulasjonen fra Oslo har økt de siste årene: fra 20 prosent til nær 30 prosent. Dette er i tråd med ungdomskriminaliteten i Oslo generelt de siste 3 – 4 årene. Sammenlignet med jevnaldrende i befolkningen ellers, er ungdom i institusjon markant overrepresentert når det gjelder siktelsers for vold/mishandling.

I snitt har 0,8 prosent av jevnaldrende over 16 år i perioden 2002 - 2022 blitt siktet for vold og/eller mishandling i løpet av ungdomsårene før fylte 16 år. Tilsvarende andel i institusjonspopulasjonen fra Oslo er 25 prosent. Dette innebærer at ungdom i institusjon i Oslo er 31 ganger mer tilbøyelig til å bli siktet for lovbrudd relatert til vold og/eller mishandling i alderen 13 – 15 år, enn jevnaldrende uten institusjonserfaring.

I 2022 var mer enn hver fjerde ungdom fra Oslo i institusjon siktet for vold og/eller mishandling før fylte 16 år. Ungdomskriminalitet relatert til vold og/eller mishandling i Oslo har økt i etterkant av tidsperioden vi har data for, altså økt fra 2023¹⁴. Dette kan innebære at en enda høyere andel av institusjonsungdom fra Oslo er siktet for vold og mishandling fra og med 2023 enn i 2022.

Ungdom som har behov for institusjon, har høy risiko for rusbruk og deltakelse i rusrelatert kriminalitet

Ungdom som har bodd i barnevernsinstitusjon har langt høyere risiko for å bli siktet for rusrelatert kriminalitet enn jevnaldrende. Blant Oslo-ungdom i institusjon er andelen som siktes før fylte 16 år hele tjue ganger høyere enn blant ungdom i Oslo generelt.

Det kan imidlertid være problematisk å legge til grunn rusrelaterte siktelsers for å estimere omfang av rusbruk i befolkningen generelt, men også i barnevernspopulasjonen. Forekomsten av såkalte kontrollinitierte lovbrudd – altså lovbrudd som i hovedsak avdekkes gjennom politiets egne kontroller og ikke som følge av anmeldelser fra publikum – er i stor grad påvirket av hvilke områder politiet og påtalemyndighetene velger å prioritere. Avdekking av rusmiddellovbrudd er eksempel på slike kontrollinitierte lovbrudd (Bhuller & Røgeberg, 2022:14).

I tillegg er registrering av rusmiddellovbrudd også et eksempel på et område hvor registrert og faktisk kriminalitet ser ut til å avvike. Bhuller & Røgeberg (2022) viser hvordan selvrappport surveydata om rusbruk (Ungdata) og bruk av registerdata om rusrelaterte lovbrudd, gir et ulikt bilde av utviklingen over tid. De konkluderer med at registerdata underestimerer omfang, samt at utvikling over tid i lys av registerdata, kan gi et feilaktig bilde av at ruslovbrudd i ungdomspopulasjonen går ned.

Analysene av institusjonspopulasjonen i Oslo viser at denne gruppen har en svært høy andel som siktes for voldskriminalitet før fylte 16 år. Nær 30 prosent av institusjonsungdom av ungdommene er siktet for lovbrudd relatert til vold og/eller mishandling og denne andelen har vært nokså stabil de siste 20 årene, med en økning de siste årene. Selv om det ikke er et en-til-et-forhold mellom siktelsener relatert til vold på den ene siden og ungdommenes rusbruk på den annen, tyder tidligere forskning på at sammenhengen mellom disse to faktorene er høy for utsatte grupper (Boles & Misotto, 2002). Sett i lys av høy risiko for voldssiktelsener antyder analysene at en stor andel av ungdom fra Oslo i institusjon kan ha en svært *høy risiko* for alvorlig rusbruk sammenlignet med jevnaldrende ungdom for øvrig.

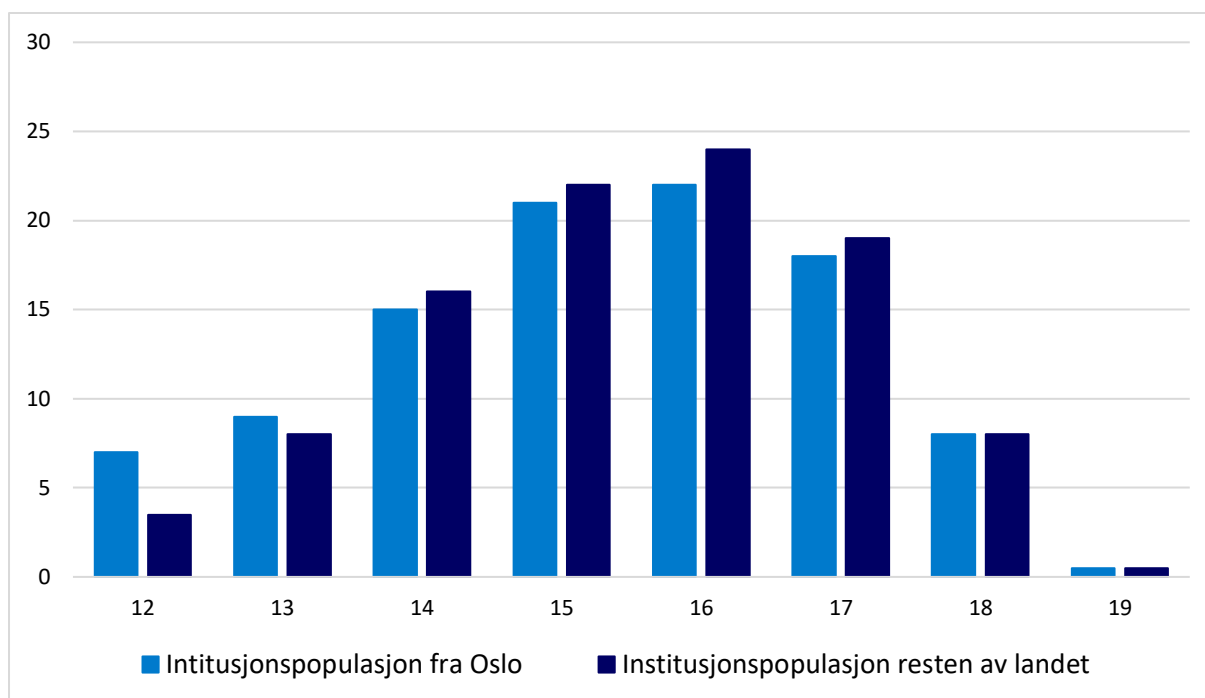
5.3 Forløpsanalyser individnivå

I analysene vi har gjennomgått over, har vi gruppert alle som har hatt opphold på institusjon i et kalenderår og sammenlignet disse kohortene over tid. I de videre analysene presenteres forløp på individnivå, der vi ser nærmere på når ulike hendelser relatert til rus oppstår i relasjon til alder og tidspunkt for første institusjonsopphold. I disse analysene ser vi hovedsakelig på gruppen som har bodd i institusjon de siste årene vi har tilgang til data for, det vil si 2018 - 2022. Grunnen til dette er for å få et mest mulig oppdatert bilde. Vi vil imidlertid se hen til tidligere institusjonspopulasjoner, for å belyse om ungdommenes forløp har endret seg, for eksempel ved at rus registreres på et tidligere tidspunkt i barnevernsforløpet de siste årene enn tilfelle var for 10 og 20 år siden.

Ved hvilken alder flytter ungdom i institusjon for første gang?

Alderen for når barn og unge flytter inn i barnevernsinstitusjon varierer, men det er vanlig at dette skjer i ungdomsårene, som oftest mellom 15 - 16 år.

Når vi sammenligner institusjonsungdom i Oslo med øvrig institusjonspopulasjon, ser vi at det er en tendens til at ungdom fra Oslo flytter noe tidligere i institusjon enn i resten av landet. I figuren nedenfor gjengir aldersfordeling ved første institusjonsopphold. Det er alder det året ungdommen flytter inn i institusjon for første gang som er angitt.



Figur 5.10 Aldersfordeling ved første institusjonsopphold, ungdom fra Oslo med et eller flere institusjonstiltak i perioden 2018 – 2022 sammenlignet med øvrig institusjonspopulasjon 2018 - 2022.

Blant ungdom fra Oslo i institusjon er omtrent 16 prosent i 12-13 års alderen første gangen de flytter i institusjon. Som det kommer frem av figur 5.10 er det en høyere andel i Oslo som har sitt første institusjonsopphold før 14 år. For øvrig institusjonspopulasjon i Norge er det omtrent 11 prosent som starter opp institusjonsoppholdet før fylte 14 år. Vi finner også det motsatte mønsteret, ved at det er en tendens til at ungdom fra øvrige kommuner enn Oslo, flytter i institusjon for første gang som 16 – 17 åringer.

Forskjellen i alder kan ha flere forklaringer. En mulig årsak er at ungdom i Oslo i større grad tilhører sårbare grupper med utfordrende sosioøkonomiske levekår. I tillegg kan storbykonteksten i seg selv spille en rolle og forsterke sårbarhet i egen familie. Oppvekstmiljøet i en storby som Oslo er i større grad preget av geografisk nærhet til andre utsatte unge, samt kriminelle miljøer og rus. En konsekvens av dette kan være at behovet for institusjonsplassering oppstår tidligere i Oslo enn i mindre byer og distrikter. Dette kan bidra til å forklare hvorfor institusjonspopulasjonen i Oslo i snitt er noe yngre enn institusjonspopulasjonen i resten av landet.

Gjennomsnittsalder for første institusjonsplassering for ungdom fra Oslo er 15,3 (med standardavvik 1,7), mens tilsvarende 15,6 år (med standardavvik 1,5) for ungdom fra øvrige kommuner. Målt som gjennomsnitt er aldersforskjellen ikke statistisk signifikant. Dette betyr at selv om det er en liten forskjell i gjennomsnitt, kan vi ikke med sikkerhet si at denne forskjellen ikke skyldes tilfeldigheter.

Til tross for noe høyere andel ungdommer fra Oslo som flytter i institusjon de første årene av tenårene, er det altså ikke store forskjeller mellom Oslo-ungdom og resten av landet, til tross for storby-problematikk lokalisert tett på der ungdommene fra Oslo vokser opp.

En forklaring på at vi ikke finner større forskjeller mellom Oslo og øvrige kommuner, kan skyldes at finansieringsmodellen av institusjonskostnader i Oslo skiller seg fra øvrige kommuner. I Oslo betaler bydelene en vesentlig høyere andel av institusjonsoppholdet enn hva tilfelle er for øvrige kommuner. Dermed kan bydelene i Oslo har et økonomisk incentiv og behov for prioritering av

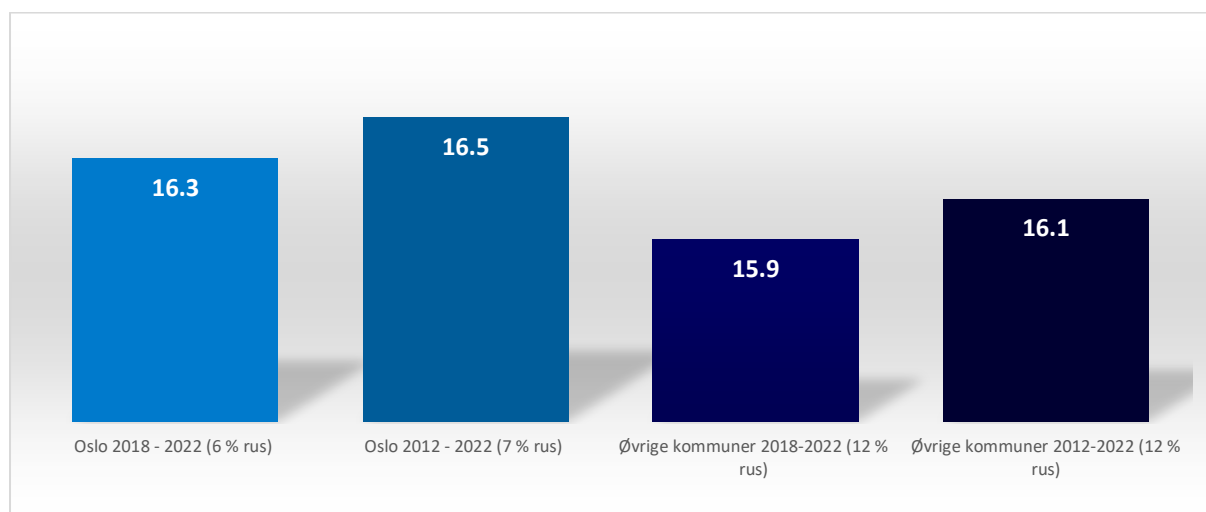
ressurser, som fører til at bydelene har høyere terskel for å velge institusjon og forsøker heller å finne andre tiltak før en eventuell institusjonsplassering finner sted.

På hvilket tidspunkt i barnevernsforløpet er alvorlig rusbruk registrert av barnevern og/eller politi?

Som omtalt tidligere i kapitlet, underestimeres rus i institusjonspopulasjonen noe siden barnevernstjenesten kun registrerer årsak til tiltak etter at undersøkelsen er gjennomført. Rusproblematikk registreres kun dersom det foreligger en undersøkelsessak der rus hos barnet er en del av undersøkelsen. Dersom rusproblemer først avdekkes i tiltaksfasen, uten ny undersøkelse, blir ikke barnets rusbruk registrert som vedtaksgrunn.

Vi kan likevel beregne forløp for institusjonsgruppen som har hatt en undersøkelsessak der ungdommen rusbruk er kartlagt og utgjør en sentral del av årsaken til barnevernstiltak. I analysen nedenfor sammenstiller vi data om tidspunkt for når barnevernet første gang registrerte utfordringer knyttet til rus, med data for oppstart av første institusjonstiltak. Dette vil kunne belyse i hvilken grad barnevernstjenesten har gjennomført undersøkelsessak og avdekket rus i forkant av, eller i tilknytning til første institusjonsopphold, eventuelt først senere i institusjonsforløpet.

Først ser vi nærmere på alderen ved første undersøkelse som resulterte i registrering av rus som årsak til tiltak (alle typer barnevernstiltak).



Figur 5.11: Institusjonspopulasjonens gjennomsnittlige alder ved første registrerte rus i etterkant av undersøkelsessak. Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 og 2012 - 2022 sammenlignet med tilsvarende institusjonspopulasjon fra resten av landet.

Sammenstilling av tidspunkt for barnevernets første registrering av rus i institusjonspopulasjonen i figur 5.11, viser for det første at ungdom på institusjon i Oslo har høyere alder ved endt undersøkelse som avdekker rus enn ungdom med institusjonstiltak fra øvrige kommuner. Institusjonspopulasjonen i Oslo i perioden 2018 til 2022 var i snitt 16,3 år første gang barnevernet registrerte inn rus i etterkant av undersøkelse, mens tilsvarende for resten av landet var 15,9 år. Når vi sammenligner institusjonspopulasjonen fra Oslo siste ti årene med institusjonspopulasjonen for resten av landet i samme tidsperiode, ser vi at forskjellen har vært stabil over tid: Differansen er 0,4 år for begge tidsperiodene.

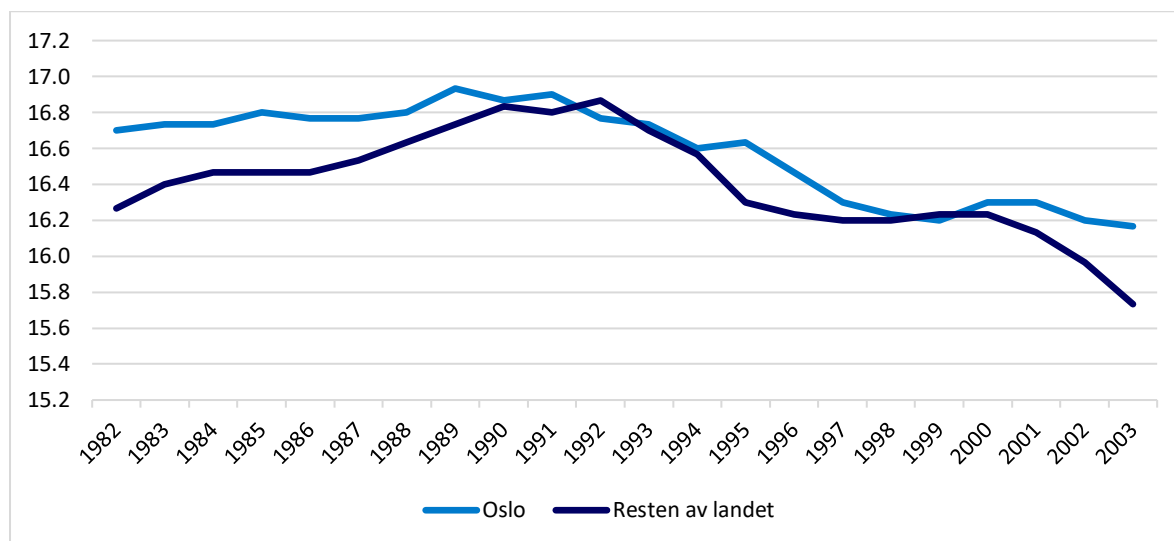
Vi ser at det er vedvarende forskjeller mellom institusjonspopulasjonen fra Oslo og resten av landet med hensyn til undersøkelsessaker barnevernet har igangsatt og der rus hos barnet er en del av vedtaksgrunnlaget. I Oslo er det kun 6 – 7 % av institusjonspopulasjonen som har hatt en undersøkelsessak der rus hos ungdommen er kartlagt og registrert inn. For resten av landet er

denne andelen omtrent dobbelt så høy både i institusjonspopulasjonen i 2018 – 2022 og når vi ser 2012 til 2022 under ett.

En forklaring av ulik andel undersøkelser relatert til ungdommenes rusbruk, kan være at barnevernstjenestene i bydelene i Oslo har mindre kjennskap til barna og familiene de er i kontakt med enn hva tilfelle er i øvrige kommuner sett under ett. I gruppen som inngår i øvrig kommuner, vil det også være en del ungdommer fra større byer, men disse byene er likevel av en mindre størrelsesorden enn Oslo, det innbyggertallet generelt er vesentlig høyere og kunnskap om hverandres liv er mer uoversiktlig. I tillegg vil det være mange ungdommer som kommer fra mindre kommuner der innbyggerne har tettere bånd til hverandre og der både ansatte i barnevernstjenestene og generelt har mye kunnskap om hverandres liv.

Dermed kan en forklaring være at barnevernstjenestene utenfor Oslo er mer tilbøyelig til å få mer presise og helhetlige beskrivelser av barna og familiene i meldings og undersøkelsesfasen, fra sekundær-nettverket rundt barna og familiene det gjelder. I tillegg vil profesjonelle aktører i mindre kommuner i Norge, ha et større tilfang av kunnskap basert på egne primære relasjoner som tangerer barna og familienes nettverk. Dette vil igjen øke sannsynligheten for at informasjonen barnevernstjenesten får om barn og ungdommer i større grad inneholder bekymringer knyttet til rus.

En annen interessant tendens som kommer frem i figuren over, er at gjennomsnittsalderen ved første registrerte rus synker noe over tid. Det kan bety at rusbruk blant yngre har blitt mer utbredt, samt at barnet/ungdommens nettverk, oppsøkende sosiale tjenester eller mer målrettet og intensiv politiinnsats, fører til at ungdommers rusbruk oppdages tidligere enn før. Hvis vi ser på gjennomsnittsalderen for alle barn og ungdommer som har hatt en undersøkelsessak som har avdekket rus, finner vi støtte til denne hypotesen. I denne analysen inkluderes alle barn og unge som har mottatt alle typer tiltak fra barnevernet.



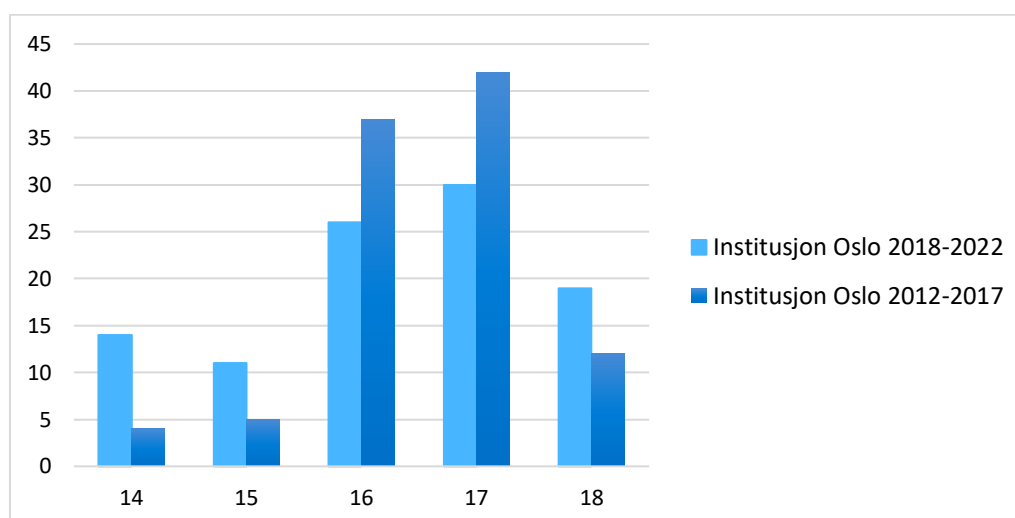
Figur 5.12 Gjennomsnittsalder ved førte registrerte vedtaksgrunn relatert til rusbruk i hele barnevernspopulasjonen, etter fødselsår (x-aksen) og for barnevernspopulasjonen i Oslo og resten av landet.

Som det kommer frem i figur 5.12, er det en klar tendens til at barnevernstjenestene i Oslo avdekker rus tidligere hos ungdom født rundt 2000 og senere, enn hva tilfellet var kohorter født 1980 og begynnelsen av 1990-tallet. Gjennomsnittsalder ved første registrerte rus var rundt 16,8 for ungdommer født på 1980-tallet. For institusjonsungdom fra Oslo født 15-20 senere, er gjennomsnittsalder for første registrerte rus omkring 16,2 år.

Omtrent tilsvarende mønster finner vi for barnevernskohortene fra øvrige kommuner i Norge, sett bort fra at nedgangen i alder ved første registrerte rus har være vesentlig kraftigere her. For kohorter født rundt 1990 var gjennomsnittsalderen 17 år, mens den for kohorter født 10 år senere ligger rundt 15,5 år.

Lavere alder ved første registrerte rus kan skyldes flere forhold. I takt med bedre kommunikasjonsmuligheter i samfunnet, kan utviklingen tyde på at ungdom fra områder lenger unna større byer i større grad får tak i rus og begynner å ruse seg tidligere enn hva tilfellet var for ungdom på 1980 – og 1990 tallet. Lavere alder ved første registrerte rus kan også skyldes at barnevernstjenestene har fått tilført mer ressurser i form av flere ansatte i perioden fra 1990 og utover 2000-tallet, og har dermed fått mer handlingsrom til å oppdage rusutfordringer tidligere. I tillegg kan kompetanse om rus blant ansatte i oppvekstsektoren og barnevern ha økt i løpet av perioden hvor alder for første registrerte rus har sunket. Dette kan ha ført til at barnevernet får mer presise beskrivelser av bekymringer knyttet til rus fra meldere, samtidig som barnevernet selv kan ha fått lavere terskel for å igangsette kartlegging av rusbruk. Politiet kan også ha styrket og målrettet sin innsats mot yngre ungdomsmiljøet, som har ført til at flere yngre oppdages og som politiet melder til barnevernet.

I figuren nedenfor sammenlignes institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 med institusjonspopulasjonen 2012 – 2017 med henblikk på en mer detaljert gjennomgang av alder ved første rus enn hva gjennomsnittstallene over kan si noe om.



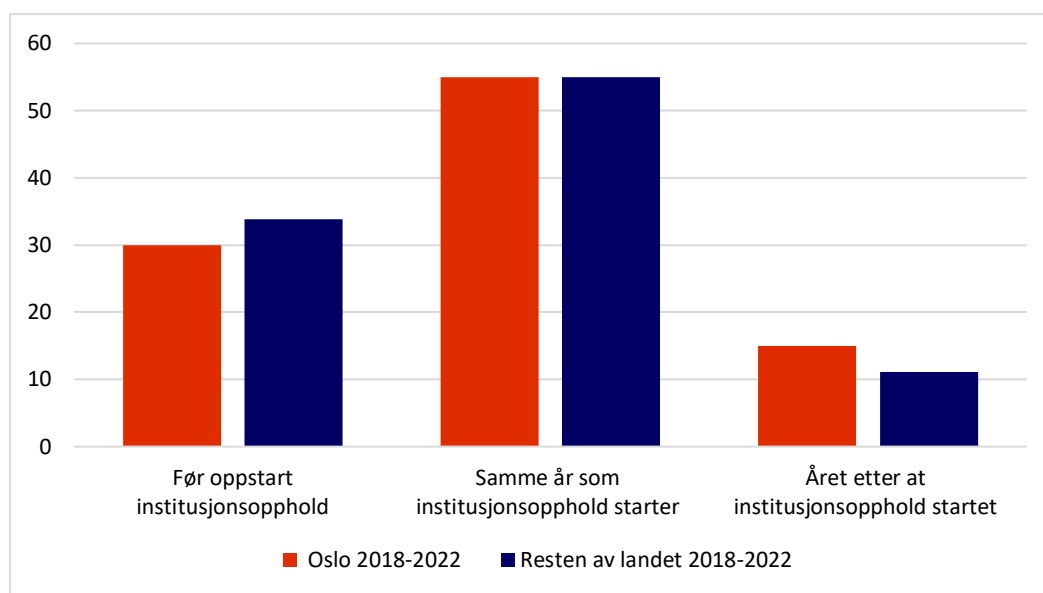
Figur 5.13: Aldersfordeling ved første undersøkelse barnevernstjenesten gjennomførte som resulterte i vedtaksgrunn relatert til bekymring for barnets rus: Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i Oslo 2012 – 2017.

Som det fremkommer av tydelig av figur 5.13, har det i løpet av perioden 2012 til 2022 skjedd en forskyvning i retning av at rus kartlegges ved tidligere alder. I analysen over, inngår kun ungdom på institusjon fra Oslo, fordelt i to institusjonsgrupper. I populasjonen som hadde ett eller flere institusjonstiltak, i et eller flere av årene 2018 – 2022, hadde en av fire rus registrert før fylte 16 år. I institusjonsgruppa som bodde på institusjon 2012 – 2017, gjaldt dette kun i underkant av 10 prosent.

Samtidig indikerer analysen en tendens til at barnevernstjenesten igangsetter undersøkelse overfor en høyere andel ungdom som nærmer seg myndighetsalder. I gruppa som bodde på institusjon i årene 2018 – 2022, er nærmere 20 prosent registrert med rus som vedtaksgrunn for første gang rett før fylte 18 år. I institusjonsgruppa fra 2012 – 2017 er det om lag en av ti som først registreres med rusbruk rett før myndighetsalder.

Innslag av en høyere andel ungdom som kartlegges ved både yngre og eldre alder, kan være uttrykk for to ulike mekanismer. Den ene, kan som omtalt over, relateres til lavere terskel for å igangsette undersøkelser, samt bedre kompetanse på å avdekke rus. Den andre mekanismen kan relateres til økt søkelys på ettervern i barnevernstjenestene og behovet for å fortsette å kartlegge ungdommer som nærmere seg myndighetsalder og siste mulighet for barnevernstiltak, før andre tjenester overtar ansvaret. Data vi har tilgjengelig i dette prosjektet kan ikke belyse disse hypotesene nærmere.

Derimot kan vi belyse i hvilken grad barnevernstjenestene registrerer alvorlig rusbruk før, samtidig eller i årene etter første institusjonsopphold. Analysen er avgrenset til gruppen som er registrert med rus fra barnevernets side, og vi minner om at dette er en liten andel av hele institusjonspopulasjonen i angitte tidsrom⁵¹.



Figur 5.14: Barnevernets registrering av rus i forhold til første institusjonstiltak: Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i resten av Norge 2018 - 2022.

Figur 5.14 viser for det første at for institusjonspopulasjonen i Oslo i årene 2018 – 2022 som er registrert med rus i etterkant av undersøkelsessak⁵², har omtrent en av tre ungdommer hatt rusrelatert undersøkelsessak fra bydelsbarnevernet i året/årene før første institusjonstiltak.

Videre finner vi at barnevernstjenesten igangsatte undersøkelsessak som resulterte i bekymring for rusbruk for nær halvparten av ungdommene i samme tidsrom som institusjonsoppholdet startet. Innad i populasjonen som har hatt rus-relatert undersøkelsessak, er en liten andel som barnevernstjenesten har kartlagt for rus i etterkant av første institusjonsopphold – kun 15 prosent.

Som det fremgår av de blå søylene, er det ingen nevneverdige forskjeller mellom institusjonspopulasjonen fra Oslo og resten av landet.

Når barnevernstjenesten har avdekket rusbruk hos ungdommene, avdekkes dette i all hovedsak i perioden hvor barnet flytter i institusjon for første gang. Dette reflekterer antagelig at når

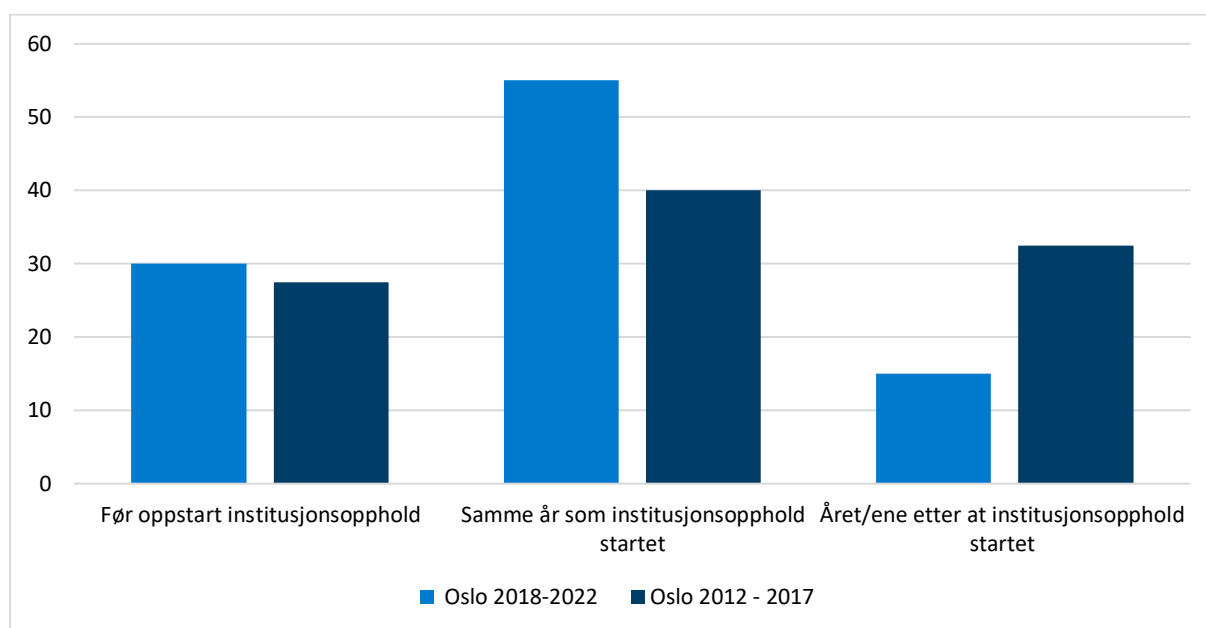
⁵¹ Jmfør 6 prosent er registrert med vedtaksgrunn rus i løpet av hele barnevernsforløpet sitt.

⁵² De røde søylene

ungdommene flytter i institusjon, får ansatte i institusjonen en vesentlig bedre posisjon til å følge med på ungdommens rusbruk enn hva barnevernstjenesten har mulighet til. Det betyr ikke at barnevernstjenesten ikke har kunnskap eller bekymringer knyttet til ungdommens rusbruk, men kanskje heller at institusjonen kan bistå med mer presis og helhetlig informasjon, som igjen resulterer i at barnevernstjenesten oppretter undersøkelsessak etter at barnet har flyttet inn.

Vi finner samtidig at barnevernstjenesten har igangsatt en relativt høy andel undersøkelsessaker i forkant av ungdommenes første innflytting – jamfør en av tre har hatt vedtak om tiltak der barnets rus inngår som grunnlag. Denne gruppen representerer antagelig ungdom som har et tydeligere rusproblem i svært ung alder og der barnevernstjenesten har forsøkt med andre tiltak før vedtaket om institusjonstiltak ble foretatt.

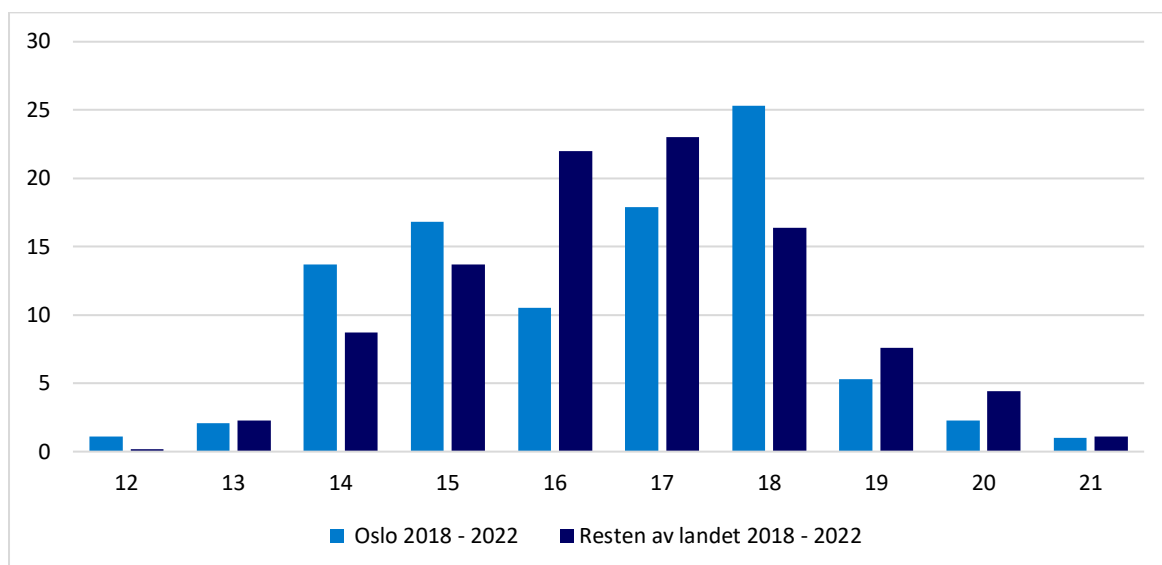
Nedenfor sammenligner vi institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 med forutgående institusjonspopulasjon (2012 – 2017) for å få et bilde av om barnevernstjenestens undersøkelsespraksis relatert til rus hos barnet har endret seg i løpet av de siste til årene.



Figur 5.15: Barnevernets registrering av rus i forhold til første institusjonstiltak: Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i Oslo 2012 – 2017.

Når det gjelder andelen som undersøkes og der rus avdekkes et eller flere år før første institusjonsopphold (figur 5.15), finner vi at denne er lik over tid. Omtrent en av tre ungdommer ble undersøkt og avdekket rusbruk for i forkant av første institusjonsopphold. Derimot finner vi en klar tendens til at andelen som undersøkes i samme tidsrom som oppstart av første institusjonsopphold, er markant høyere for ungdommene i institusjon 2018-2022 enn for forutgående populasjon. Og i forlengelsen av dette er ungdom som tilhører de eldste institusjonskohortene mer tilbøyelig til å få undersøkt rus i etterkant av institusjonsoppholdet enn de yngre.

En tolkning av dette, er at barnevernstjenestene har fått lavere terskel for å opprette undersøkelsessak de siste årene og dermed fått mer kunnskap om flere ungdommer som strever med rus på et tidligere tidspunkt i deres institusjonsforløp. Dette kan igjen bety at ansatte på institusjon og bydelsbarnevernet har bedre samarbeid og rutiner for kommunikasjon omkring ungdommene nå enn tidligere, ved at mer informasjon flyter mellom de to tjenestene på et tidligere tidspunkt i institusjonsforløpet.

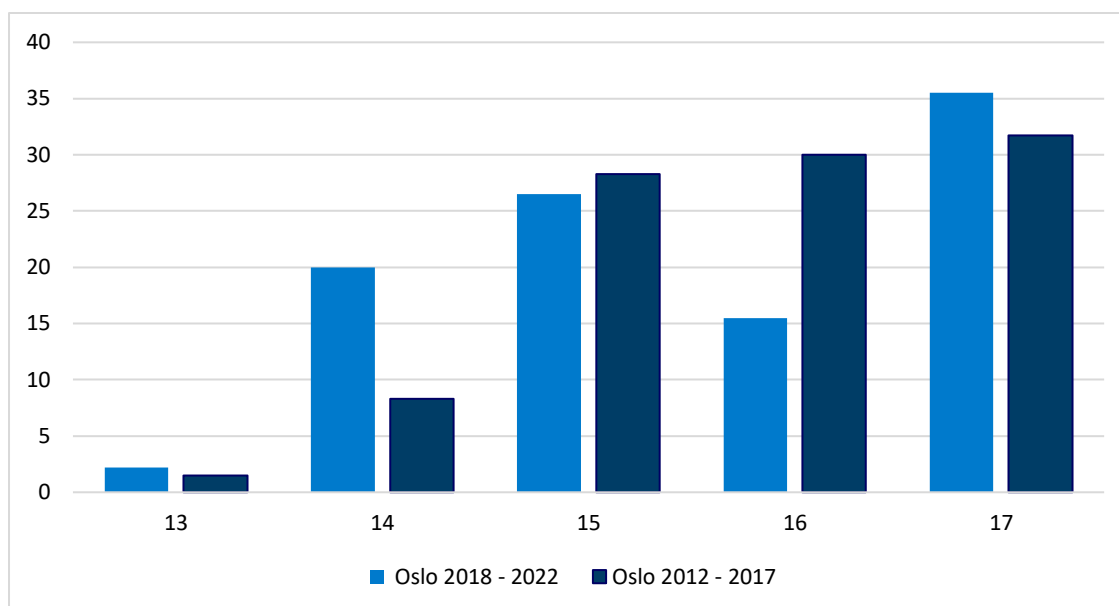


Figur 5.16: Alder ved første siktelse for rusrelatert lovbrudd, aldersfordeling (%) i institusjonspopulasjonene i Oslo i årene 2018-2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i resten av Norge 2018-2022.

Vi finner i figur 5.16 en klar tendens til at Oslo-ungdom i institusjon er markant yngre enn ungdom i institusjon fra landet ellers. 17 prosent av ungdom fra Oslo i institusjon ble siktet mens de var under den kriminelle lavalder⁵³ mens dette gjaldt 11 prosent av ungdommene i institusjon ellers. Vi finner i tillegg en tendens til at en høyere andel av ungdom fra Oslo-populasjonen siktes for rusrelaterte lovbrudd rundt 18-års alder. Blant Oslo-ungdom i institusjon 2018-2022, ble 25 prosent siktet for denne typen lovbrudd, mens dette gjaldt om lag 15 prosent i øvrig institusjonspopulasjon ellers i landet.

Det neste spørsmålet er om aldersfordelingen vi finner for institusjonspopulasjonen i Oslo har vært konstant over tid, eller om alder ved første siktelse har endret seg. Vi belyser dette spørsmålet i analysen nedenfor.

⁵³ 15 år



Figur 5.17: Alder ved første siktelse for rusrelatert lovbrudd før fylte 18 år, aldersfordeling (%) i institusjonspopulasjonene i Oslo i årene 2018-2022 sammenlignet med 2012-2017.

I figur 5.17 har vi avgrenset siktelse til å kun å omfatte siktelse for rusrelatert lovbrudd før fylte 18 år. Grunnen til det er at institusjonspopulasjonen 2018 – 2022 har rukket å bli maksimalt 21 år innenfor observasjonsperioden 2002 - 2022, samtidig som de fleste er 18 år eller yngre. Institusjonspopulasjonen fra 2012 – 2017 har derimot rukket å bli betydelig eldre, og dette vil gi ulikt aldersgrunnlag for de gruppene som sammenlignes med mindre vi korreterer for dette⁵⁴.

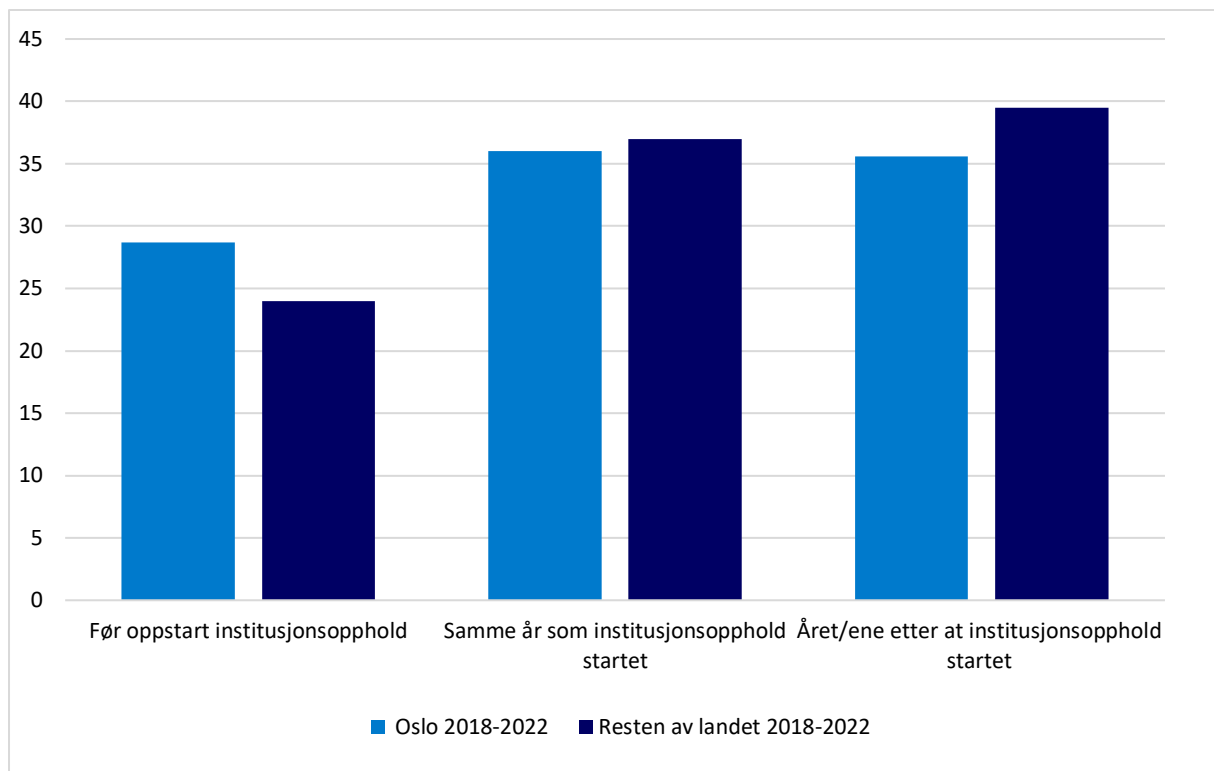
Som det kommer frem av figuren over er det en tendens til at ungdom i institusjon de siste årene er mer tilbøyelig til å siktes for rusrelatert lovbrudd ved yngre alder. I institusjonspopulasjonen 2018 – 2022 som ble siktet for rusrelatert lovbrudd innen fylte 18 år, var litt over 20 prosent siktet mens de var under den kriminelle lavalderen. For den forutgående institusjonspopulasjonen⁵⁵ gjaldt dette i underkant av 10 prosent.

En tolkning av dette funnet, kan være at ungdom fra Oslo som bydelsbarnevernet søker til institusjon har mer alvorlig atferd enn tidligere. I forlengelsen av dette kan en videre tolkning være at terskel for å plassere i institusjon har økt de siste 10 – 15 årene, og yngre ungdommer har mer alvorlige smerteuttrykk før barnevernstjenesten beslutter å søke om institusjon. Alternativt kan en forklaring være at stadig yngre ungdommer rekrutteres til kriminalitet som omhandler kjøp og salg av rusmidler. I tillegg kan politiet ha økt innsatsen mot rusmiljøer i Oslo, som igjen kan føre til at flere yngre oppdages på det tidligere tidspunkt.

Data vi har tilgjengelig kan ikke belyse disse hypotesene. Derimot kan vi se nærmere på hvorvidt første registrerte siktelse for rusrelaterte lovbrudd fant sted før, i tilknytning til eller i etterkant av første institusjonstiltak.

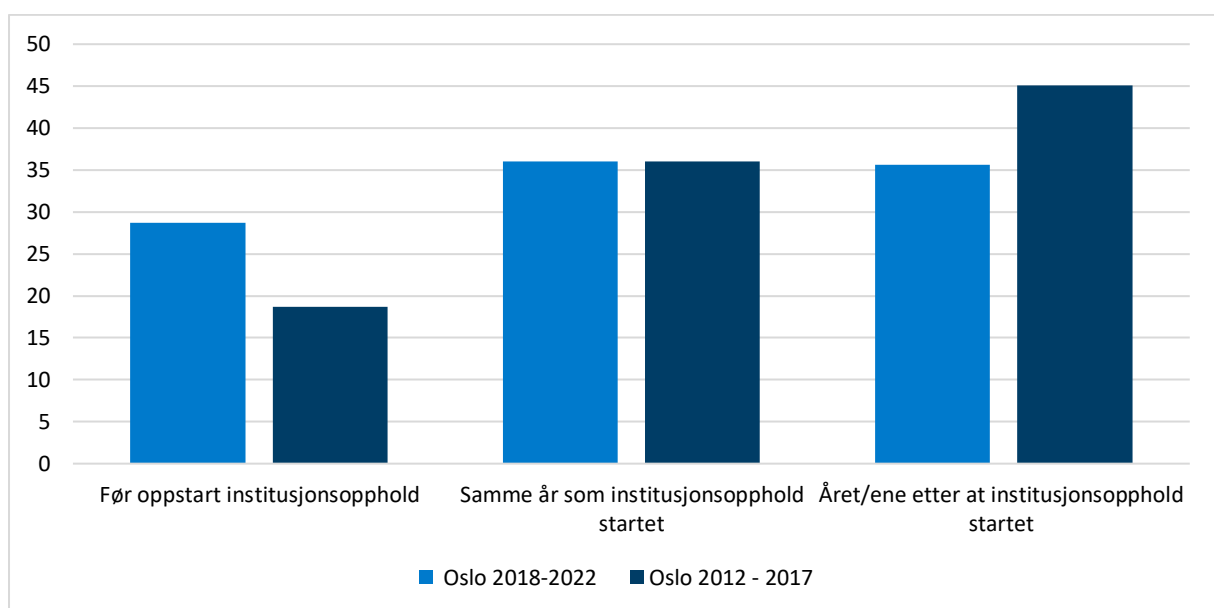
⁵⁴ I analysen har vi derfor kun inkludert gruppen som har rukket å fylle 18 år innen 2022 (det vil si kohortene 2004 og eldre) i populasjonen 2018 – 2022, og kun gruppen som har rukket å bli 18 år innen 2017 for gruppen som inngår i institusjonspopulasjonen 2012 – 2017.

⁵⁵ 2012 – 2017



Figur 5.18: Siktet for rusrelatert lovbrudd i forhold til første institusjonstiltak: Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i landet ellers 2018 – 2022.

Figur 5.18 viser at blant ungdom institusjonspopulasjonen fra Oslo som siktes for rusrelatert lovbrudd før fylte 18 år, er en noe høyere andel siktet et eller flere år i forkant av første institusjonsopphold enn hva tilfellet er for institusjonspopulasjonen fra landet ellers. Samtidig er ikke forskjellene veldig store. Av ungdom i institusjon som siktes for rusrelatert lovbrudd i ungdomsårene, blir nær 30 prosent siktet et eller flere år før første institusjonsopphold. En av tre siktes i tilknytning til første institusjonsopphold, mens en av tre siktes for første gang et eller flere år etter første institusjonsopphold.



Figur 5.19: Siktet for rusrelatert lovbrudd i forhold til første institusjonstiltak: Institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 sammenlignet med institusjonspopulasjonen i Oslo 2012 – 2017.

Når vi undersøker på hvilket tidspunkt i institusjonsforløpet ungdommene siktes for første gang, og sammenligner institusjonspopulasjonen i Oslo 2018 – 2022 med forutgående institusjonspopulasjonen (figur 5.19), finner vi i stor grad det samme mønsteret for begge gruppene. Samtidig er det en sentral forskjell: Blant ungdom i institusjon siktes for rusrelatert lovbrudd i ungdomsårene, finner vi at institusjonsgruppen for 2018 – 2022 i større grad har blitt siktet i forkant av første institusjonsopphold, enn hva tilfellet er for den eldre institusjonskohorten. Dette indikerer et skifte i institusjonspopulasjonen over tid, der ungdom fra Oslo i institusjon i dag har mer alvorlige rusatferd enn forutgående institusjonskohorter.

Oppsummering av kapittel 5

I dette kapittelet har vi benyttet registerdata for å belyse omfanget av og risiko for alvorlig rusbruk blant ungdommer fra Oslo som bor på barnevernsinstitusjoner. I tillegg har vi belyst i hvilken grad barnevernstjenesten eller politi har registrert rus hos ungdommen i forkant av institusjonsoppholdet. Basert på disse analysene kan følgende hovedfunn trekkes frem:

- Basert på kjennetegn ved ungdommenes atferd, foreldre og barnevernssaken, viser analysene at det høy risiko for alvorlig rusbruk hos ungdommene i forkant av første institusjonsopphold.
- En klar tendens til at barnevernstjenestene i Oslo avdekker rus tidligere hos ungdom født rundt 2000 og senere, enn hva tilfellet var for kohorter født på 1980- og 1990-tallet.
- Få ungdommer i institusjon har imidlertid undersøkelsessak igangsatt av barnevernstjenesten relatert til rus, både i forkant av eller underveis i institusjonsoppholdet.
- Etter innføring av ny kategori i fagsystemene fra 2013-2014, der intensjonen var å synliggjøre barnets psykiske utfordringer og helsebehov, ser vi at andelen ungdom i institusjon der dette saksgrunnlaget er registrert har økt markant.
- Underanalyse av gruppen som er registrert med rus av barnevernet eller politi viser at en av tre er registrert med alvorlig rusbruk i forkant av institusjon.
- Sammenlignet med ungdom i Norge generelt, har ungdom som bor i barnevernsinstitusjon i Oslo svært høy risiko for å delta i rusrelatert kriminalitet - enten i forkant, underveis eller i etterkant av institusjonsoppholdet.
- Det er en klar tendens til at ungdom i institusjon de siste årene i større grad debutterer med rusrelatert kriminalitet i forkant av første institusjonsopphold sammenlignet med ungdom i institusjon for om lag 10 år siden.

Kapittel 6: Rusrelaterte håndteringspraksiser i et nordisk perspektiv

Denne delen presenterer funn fra dokumentanalysen om praksiser for håndtering av rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Funnene diskuteres i sammenheng med supplerende kilder om håndtering av rusrelaterte utfordringer blant unge generelt.

Funnene fra dokumentanalysen presenteres tematisk for å belyse forskningsspørsmålet – *hvordan håndteres rusrelaterte utfordringer på barnevernsinstitusjoner i Norden* – og delspørsmål knyttet til håndteringspraksiser på mikro- og makronivå:

- Hvilke praksiser anvendes for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner i Norden?
- Hvilken nytte har de ulike institusjonenes miljøterapeutiske metoder og praksis ved utfordringer knyttet til rus?
- Hvilke perspektiver på rus dominerer forståelsen til ansatte og ledere ved institusjonene, og hvordan kommer dette til uttrykk i arbeidet med barna?
- Hvilke forutsetninger trengs for å etablere hensiktsmessig praksis i arbeid med rusrelaterte utfordringer ved institusjonene?

Funn fra det systematiske litteratursøket og utvalgsprosessen av relevante dokumenter utdypes i vedlegg 4. Funn om anvendte praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner oppsummeres kategorisk i seksjon 6.2. Den kategoriske oppsummeringen danner grunnlaget for vår diskusjon av utvalgte delspørsmål fra forskningsprosjektet, presentert i seksjon 6.3. Diskusjonen suppleres med funn om praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer blant unge generelt. Avslutningsvis i kapittel 6 oppsummeres funn fra intervjustudier med ungdommer i barnevernsinstitusjoner i Norden (seksjon 6.4).

Anbefalinger basert på funn fra dokumentanalysen presenteres og diskuteres i sammenheng med forskningsprosjektets øvrige funn i kapittel 7.

6.1 Utvelgelse av dokumenter

Etter den strukturerte gjennomgangen av databasesøket inkluderte vi 25 hoveddokumenter og 53 supplerende kilder om praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer blant unge i en nordisk kontekst. Hoveddokumentene omhandler håndteringspraksiser i barnevernsinstitusjoner, mens de supplerende kildene omhandler rusrelaterte utfordringer blant unge generelt (se vedlegg 4 for utfyllende beskrivelse).

6.2 Analyse av dokumenter

Hoveddokumentene formidlet kunnskap fra ulike perspektiver og former for håndtering av rusrelaterte utfordringer. I den kategoriske oppsummeringen sorterte vi disse i seks *kunnskapskategorier: Ungdommers karakteristikk og behov, Behandlingsmetoder og effekter, Behandlingsforløp og utfall, Ansattes perspektiver og praksis, Ungdommers erfaringer og relasjoner, og Systemer og tiltak* (se tabell 6.2). Basert på håndteringspraksisenes mål sorterte vi anvendte praksiser i tre praksiskategorier: *Kartlegge eller avdekke, Begrense eller skjerme, og Forebygge eller behandle* (se figur 6.2).

Innhold og hovedfunn fra praksis- og kunnskapskategoriene presenteres i tilknytning til fire delspørsmål i det overordnede forskningsprosjektet. Funns fra kunnskapskategorien Ungdommers erfaringer og relasjoner utdypes i seksjon 6.4 med ungdommers perspektiver og erfaringer med håndtering av rus i barnevernsinstitusjoner i Norden.

Tabell 6.2: Innhold og hovedfunn i kunnskapskategorier

KUNNSKAPS-KATEGORI	BESKRIVELSE	HOVEDFUNN
<i>Ungdommers karakteristikk og behov</i>	Beskrivelser og undersøkelser av ungdommer i institusjon for rusutfordringer, med vekt på deres bakgrunn, psykologiske situasjon og hjelpebehov	Ungdom med rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner har ofte komplekse behov, med høy forekomst av psykiske helseproblemer, utfordrende oppvekstvilkår og risiko for eskalerende rusproblemer og kriminalitet.
<i>Ungdommers erfaringer og relasjoner</i>	Utforskning av ungdommers egne erfaringer med institusjonspraksiser, samt hvordan relasjoner og følelser påvirker hjelpeprosessen	Trygge rammer, klare forventninger og meningsfylt innhold er sentrale for positiv utvikling, og en helhetlig tilnærming som fokuserer på ungdommenes ressurser, behov og relasjoner er avgjørende.
<i>Ansattes perspektiver og praksiser</i>	Beskrivelser og analyser av ansattes erfaringer i møte med ungdom med rusutfordringer, inkludert vurderinger, praksiser, bruk av tvang og ivaretagelse av rettigheter	Utfordringer i samarbeid og uklare praksiser knyttet til rusrelaterte utfordringer understreker behovet for tillit, refleksjon og bedre koordinering mellom ansatte og ungdom i institusjonsarbeidet.
<i>Behandlingsforløp og utfall</i>	Undersøkelser av faktorer som påvirker behandlingsforløp og utfall, samt hvordan ungdom utvikler seg sosialt og psykologisk gjennom institusjonsforløpet	Ungdoms tidligere oppvekstforhold og erfaringer påvirker behandlingsutfall, og systematisk kartlegging av individuelle behov er nødvendig for å forbedre resultater over tid.
<i>Behandlingsmetoder og effekter</i>	Evalueringer og sammenligninger av ulike behandlingsmetoder og deres effekt på rusutfordringer hos ungdom	Effekten av behandlingsmodeller varierer basert på kontekst og lokal tilpasning, og metoder må tilpasses institusjonelle rammer og ungdommenes behov.
<i>Systemer og tiltak</i>	Analyser og vurderinger av utvikling og evaluering av systemer, verktøy og institusjonelle tiltak for å forbedre institusjonstilbudet for ungdom	Tiltak må tilpasses lokalt og samordnes bedre, med økt medvirkning fra ungdom og evaluering av restriktive tiltak for å sikre hensiktsmessige institusjonstilbud

En hensikt med dokumentanalysen var å undersøke og beskrive håndteringspraksiser på mikro- og makronivå. Skillet mellom nivåene bygger på egenskaper ved praksisene og omfatter håndtering på individ-, tjeneste- og strukturnivå. Med *individnivå* mener vi tiltak og intervensjoner rettet mot enkeltungdommer og deres nærmeste omgivelser. Med *tjenestenivå* mener vi strukturer og praksiser i enkelttjenester knyttet til rusrelaterte utfordringer hos enkeltungdommer og i ungdomsgruppen ved den enkelte institusjon. Med *strukturnivå* mener vi politiske, organisatoriske og samfunnsmessige praksiser knyttet til rusrelatert problematikk i barnevernsinstitusjoner. Praksiskategoriene beskriver ulike former og nivåer av rusrelatert håndtering. Innhold og beskrivelser av praksiskategoriene presenteres i figur 6.2. Funnene danner grunnlag for diskusjonen av delspørsmålet om anvendte håndteringspraksiser.

Kartlegge/ Avdekke	Begrense/ Skjerme	Forebygge/ Behandle
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Individ	• Omfatter kartlegging av enkeltungdommer (individ) eller ungdomspopulasjonen (tjeneste/ struktur) for å avdekke status eller utvikling i utfordringer og behov	• Omfatter tiltak som tar sikte på å hindre problemutvikling eller å håndtere eksisterende utfordringer	• Omfatter tiltak for å redusere tilgang eller skjerme ungdom fra rusrelaterte situasjoner
Tjeneste	• Mål om å innhente nødvendig informasjon for å avdekke rusproblematikk eller risiko for å problemutvikling (individ/ populasjon)	• Inneholder tilpassede tiltak og behandlingsformer (individ/ tjeneste/ samfunn)	• Inkluderer kontrolltiltak som testing, overvåking eller restriksjoner for å begrense ungdommers tilgang til rusmidler (individ/ tjeneste/ samfunn)
Struktur	• Mål om å innhente nødvendig informasjon for å prioritere, planlegge og utvikle tilbudet i tråd med ungdommenes utfordringer og behov (individ/ populasjon)	• Inkludere utvikling og implementering av forebyggende, organisatoriske eller kunnskapsbaserte modeller for behandling eller forebygging	• Inkluderer etablering av rutiner og strukturer som fremmer trygge omgivelser, og skjermer ungdom fra å påvirkes eller utsettes for rusmidler (tjeneste/ samfunn).

Figur 6.2: Innhold og beskrivelse av praksiskategorier

6.3 Håndtering av rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner

Anvendte håndteringspraksiser i Norden

Praksiskategorien *Kartlegge eller avdekke* omfatter kartlegging på individnivå (enkeltingdommer) og på tjeneste- eller samfunnsnivå (ungdomspopulasjonen) for å avdekke status og utvikling i ungdommers utfordringer og behov. UngDok i Sverige (Dahlberg & Anderberg, 2021) og UngMap i Danmark (Pedersen et al., 2017a; Pedersen et al., 2017b) er eksempler på kartleggingsverktøy som brukes både til å kartlegge enkeltungdommer i hjelpeforløp for rusrelaterte utfordringer og til å kartlegge på samfunnsnivå for å følge status og utvikling av rusrelaterte utfordringer i ungdomsbefolkningen over tid.

To viktige mål for praksiser i denne kategorien er å innhente informasjon for å avdekke rusproblematikk eller risiko for problemutvikling, samt å prioritere, planlegge og utvikle institusjonstilbudet med utgangspunkt i ungdommenes utfordringer og behov. Disse målene er relevante på både individ- og populasjonsnivå. For eksempel beskrives UngMap både som et samtaleredskap for å åpne dialog om rus i møte med ungdommer og som et kartleggingsverktøy for å planlegge og følge opp hjelpeforløpet i samarbeid med ungdommen (Pedersen et al., 2017a). Et annet formål med UngMap er å plassere ungdommens rusrelaterte utfordringer i en av fire profiler knyttet til risiko for videre problemutvikling (Pedersen et al., 2017b). Tilsvarende presenteres UngDOK som et strukturert intervju for å kartlegge ungdommers utfordringer, behov og situasjon knyttet til rusrelatert problematikk. Kartleggingsinformasjonen fra UngDOK-intervjuet danner grunnlag for vurderinger og tilrettelegging av tilpasset behandling og oppfølging for enkeltungdommer. Den brukes også i evaluerings- og utviklingsarbeid ved enkelttjenester og som grunnlag for nasjonal statistikk og forskning om rusrelaterte utfordringer blant unge (Dahlberg & Anderberg, 2021). Informasjonen brukes dermed på individ-, tjeneste- og strukturnivå for å utvikle institusjonstilbudet og kunnskapsgrunnlaget om unge med rusrelaterte utfordringer.

Praksiskategorien *Begrense eller skjerme* omfatter tiltak som har som mål å redusere tilgangen til rusmidler eller skjerme ungdom fra situasjoner med bruk av rusmidler. Dette kan innebære rustesting, kontrolltiltak eller restriksjoner for å begrense ungdommers tilgang til rusmidler på individ-, tjeneste- eller samfunnsnivå. Padyab et al. (2020) viser til utbredt bruk av kontrolltiltak overfor ungdom plassert under tvang i svenske barnevernsinstitusjoner, inkludert kroppsvisitasjon, isolasjon og begrenset bevegelsesfrihet. I en norsk kontekst løftes Læringsbasert rusbehandling (LBR) fram som en modell med stort innslag av restriktive kontrolltiltak, som rustesting og negative konsekvenser ved rusrelatert atferd og bruk av rusmidler (Gundersen et al., 2024; Tangen, 2016). På samfunnsnivå er lovhjemler for tvungen plassering av ungdom med rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner et eksempel. Tvangsplassering gir det offentlige adgang til å bruke kontrolltiltak, inkludert tiltakene beskrevet av Padyab et al. (2020). Tvangsplassering i Sverige hjemles i *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*, som gir sosialtjenesten og domstolene adgang til å gripe inn, mens Barnevernsloven gir tilsvarende hjemler i Norge.

Tiltak som har som mål å begrense eller skjerme omfatter etablering av rutiner og regler som legger til rette for trygge omgivelser, samt tiltak som skjermer ungdom fra påvirkning og eksponering for rusmidler på tjeneste- eller samfunnsnivå. Målet er å beskytte ungdom ved å minimere risiko, skade og eksponering for rusmidler. Ungdommer i Gundersen et al. (2024) uttrykker til dels forståelse for begrensende kontrolltiltak knyttet til rusmiddelbruk, men formidler samtidig at strenge regler og restriksjoner begrenser handlingsfrihet og muligheter til positiv utvikling og aktiviteter. Ungdom i Tangen (2016) oppfatter restriktive virkemidler i LBR som ytre motivasjon og mener at de ellers har liten betydning for sin bruk av rusmidler.

Padyab et al. (2020) peker på at inngripende tiltak kan være nødvendig for å beskytte eller skjerme ungdom fra skadelig rusmiddelbruk, men anbefaler å bruke andre virkemidler for å skape trygge og forutsigbare omgivelser for ungdom i institusjon. Tilsvarende viser Reime og Tysnes (2021) at tvungen plassering i barnevernsinstitusjoner kan være et nødvendig inngrep. Nytt av slike virkemidler avhenger av at institusjonen har forutsetninger og muligheter til å skape trygge og støttende rammer samt meningsfullt innhold i institusjonstilbudet. Fra ungdommenes perspektiv gjelder det samme: tydelig struktur, meningsfullt innhold i hverdagen, klare forventninger og grenser beskrives som viktige for positiv utvikling gjennom institusjonsoppholdet (Reime & Tysnes, 2021).

Praksiskategorien *Forebygge eller behandle* omfatter tiltak som har som mål å hindre utvikling av rusproblemer eller å behandle eksisterende problematikk, basert på spesifikke modeller for behandling og oppfølging. Dette kan være tiltak og behandlingsformer tilpasset enkeltungdommer (individnivå) eller ungdomspopulasjonen (tjeneste- eller samfunnsnivå). Spesifikke behandlingsmodeller og -metoder for rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner er undersøkt i flere studier. Dette gjelder etablerte behandlingsformer som Motiverende intervju (MI), Kognitiv atferdsterapi (KAT) (Pedersen et al., 2017a) og Multisystemisk terapi (MST; Andrée Löffholm et al., 2014). Det gjelder også kombinasjoner av etablerte behandlingsformer, som MultifunC-modellen med elementer av kartlegging, samhandling og tett oppfølging (Fossum et al., 2018), eller Community Reinforcement Approach (CRA) (Mälarstig et al., 2023) med søkelys på støttende relasjoner og sosial tilhørighet til arenaer og miljøer utenfor institusjonen.

På tjeneste- og samfunnsnivå kan innsats i denne praksiskategorien omfatte utvikling av forebyggende programmer, samhandlingsordninger mellom tjenester og sektorer, samt implementering av kunnskapsbaserte modeller for forebygging og behandling av rusrelaterte utfordringer blant institusjonsungdom. I en oppsummeringsartikkel peker Kosonen og Kuusisto (2023) på utbredt kunnskap og bruk av forebyggende tiltak rettet mot rusbruk i

ungdomspopulasjonen generelt. Kunnskapen om nytten av behandlings- og forebyggingspraksiser rettet mot rusrelaterte utfordringer blant institusjonsungdom er mangelfull i Norden (Kosonen & Kuusisto, 2023). Målrettede tiltak på barnevernsinstitusjoner, som Motivation to Change Inventory (Motivasjonshjulet/Endringshjulet), MST eller kartleggingsverktøy som UngDok, brukes for å tilpasse institusjonsforløpet individuelt (for eksempel Adolescents' Substance Use Measurement (ADSUME)). Samtidig kan modeller brukt utenfor institusjonskonteksten inngå som elementer i institusjonsforløpet, slik som Hasjavvenningsprogrammet (HAP) – et faseinndelt program med innslag av MI, KAT og emosjonsfokustert terapi (Kosonen og Kuusisto, 2023).

Målet med håndteringspraksiser i kategorien *Forebygge eller behandle* er å styrke ungdommers mestring og ressurser, samt å bidra til individuell tilpasning og langsiktige bedringsprosesser utover institusjonsoppholdet. Anderberg og Dahlberg (2022) anbefaler å utvide bruken av strukturerte verktøy for å kartlegge, planlegge og gjennomføre individtilpassede hjelpeforløp i barnevernsinstitusjoner. Ungdommers beskyttelses- og sårbarhetsfaktorer fremheves som viktige kartleggingsområder, slik at ungdommers individuelle behov og belastninger ligger til grunn for tiltak under oppholdet (Anderberg et al., 2019; Anderberg & Dahlberg, 2014; Holtet, 2021; Kaittila et al., 2023; Klingstedt et al., 2018).

Når det gjelder kunnskap fra supplerende kilder, tyder funn fra Enell et al. (2022) på at Norge skiller seg ut i nordisk kontekst. Dette gjelder færre institusjonsplasseringer, mindre institusjoner som er lokalt integrert i nærmiljøet, samt at ungdommene innpasses i lokale skole- og fritidstilbud, mens egne skoletilbud ved institusjonen er vanligere i de andre nordiske landene. Norge skiller seg også ut i adgangen til bruk av tvang og andre inngripende tiltak, og lovverket i mindre grad gir hjemmel for tiltak som isolasjon, innlåsing og bruk av fysisk makt mot institusjonsungdom (Enell et al., 2022).

På tvers av nordiske land rapporteres det om økt etterspørsel etter hjelpetilbud til ungdom med mer sammensatte utfordringer og omfattende behov. Dette gjelder særlig institusjonsungdom. Institusjonsbarnevernet strever med å tilby hensiktsmessige tilbud til de mest utsatte ungdommene (Deloitte, 2019; Häggman-Laitila, et al., 2019; Kaye et al., 2019). Supplerende funn knyttet til rusrelaterte utfordringer blant unge generelt viser at hensiktsmessige håndteringspraksiser har felles kjennetegn. Disse håndteringspraksisene kjennetegnes av en helhetlig og fleksibel tilnærming. Denne inkluderer tidlig identifisering, individuell tilpasning, kombinasjon av tiltak og intervensjoner, og tett samarbeid med ungdommens formelle og sosiale nettverk (Becan et al., 2015; Bista, 2023; Becker et al., 2024; Welsh et al., 2025). Flere kilder tematiserer tidlig identifisering i ulike sammenhenger, for eksempel kartlegging av tilleggsproblematikk som må ivaretas samtidig med rusutfordringer (Welsh et al., 2025), kartlegging av sårbarhetsfaktorer for å forebygge frafall, og identifisering av risiko eller alvorlig skade som følge av rus eller rusrelaterte utfordringer (Bista, 2023). Becan et al. (2015) understreker betydningen av tett oppfølging og jevnlig evaluering i tidlige faser, når ungdommens endringsmotivasjon varierer. Becker et al. (2024) vektlegger tidlig innsats ved å involvere viktige sosiale arenaer, nettverk og familie i ungdommens omgivelser. I institusjonskontekst kan dette innebære å involvere aktører i miljøet der ungdommen skal bo og leve, tidlig og underveis i institusjonsoppholdet for å tilrettelegge for en god overgang fra institusjonen.

Det er bred enighet om at individuell tilpasning er viktig og kan være avgjørende for å møte enkeltungdommers utfordringer og behov. Samtidig varierer tilnærmingen til å identifisere og følge opp ungdommens individuelle behov, samt til evaluering av utvikling i disse behovene underveis i forløpet, mellom kontekster og tradisjoner. Flere anbefaler at hjelpeapparatet tar i bruk strukturert individuell kartlegging og evaluering gjennom hele hjelpeforløpet (Bista, 2023;

Charak et al., 2015; Marshall et al., 2025; Wells et al., 2024; Welsh et al., 2025; Winters et al., 2018). Videre anbefales det i supplerende kilder at den anvendte håndteringspraksisen bygger på oppdatert kunnskap, åpner for parallell håndtering av rus- og psykiske helseproblemer og sikrer kontinuitet med langsiktig støtte og oppfølging (Becker et al., 2024; Fernández-Artamendi et al., 2020; Helsedirektoratet, 2025; Marshall et al., 2025; Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2014; Welsh et al., 2025; Winters et al., 2018).

Praksisenes hensikt når det gjelder rusrelaterte utfordringer blant unge

Kunnskapskategoriene *Behandlingsforløp og utfall* og *Behandlingsmetoder og effekter* formidler innsikt om nytten av intervensjoner og behandlingsmodeller for rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Kunnskapskategoriene inkluderer dokumenter om utvikling av intervensjoner og modeller, undersøkelser om virkningen av rusrelaterte håndteringspraksiser og faktorer som kan påvirke institusjonsforløpet positivt eller negativt. Dokumenter i disse kunnskapskategoriene hadde som formål å evaluere og forbedre håndteringspraksiser og å øke forståelsen av hva som fremmer positiv endring og langsiktig bedring for ungdom i barnevernsinstitusjoner (se tabell 6.2).

Funn innen kategorien *Behandlingsforløp og utfall* viser at ungdommers tidligere erfaringer med rus, psykisk helse og oppvekstforhold utgjør sentrale påvirkningsfaktorer gjennom institusjonsoppholdet og for utfallet av institusjonsforløpet. Et eksempel er at gutter dømmes for lovbrudd i større grad enn jenter (Dahlberg & Anderberg, 2022). Samtidig opplever jenter høyere psykisk helsebelastninger sammenlignet med gutter (Anderberg et al., 2019), og samtidig psykisk helseproblematikk for institusjonsungdom med rusutfordringer har økt for begge kjønn de siste årene (Dahlberg & Anderberg, 2023). Funn fra Klingstedt et al. (2018) tyder videre på at rusutfordringene blant de mest utsatte jentene vedvarer over tid, og at denne gruppen i tillegg kommer dårligere ut når det gjelder sosial og psykisk helse i årene etter institusjonsoppholdet. Ungdom i barnevernsforløp for rusrelaterte utfordringer utgjør generelt en belastet gruppe (Lassemo et al., 2022), blant annet når det gjelder psykisk helseproblematikk og oppveksterfaringer med sosiale problemer, overgrep og omsorgssvikt (Anderberg et al., 2019; Dahlberg & Anderberg, 2022; Mandal et al., 2019). Slike belastninger svekker ungdommenes forutsetninger for hensiktsmessige hjelpeforløp, og en tydelig anbefaling er at psykisk helseproblematikk og oppvekstsvilkår får en sentral plass når institusjonsoppholdet planlegges og gjennomføres (Anderberg et al., 2019; Dahlberg & Anderberg, 2023).

Funn innen kategorien *Behandlingsmetoder og effekter* viser uklare resultater når det gjelder virkningen av spesifikke intervensjoner og modeller for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Flere understreker at modeller som utvikles i én lokal kontekst kan være utfordrende å iverksette i en tilsynelatende lik, men annen kontekst (Andrée Löffholm et al., 2014; Mälarstig et al., 2023). Kosonen og Kuusisto (2023) viser samtidig til utbredt bruk i de nordiske landene av behandlingsmetoder og tiltak som er utviklet i andre kontekster med andre rammer med tanke på politisk og økonomisk styring, institusjonell organisering og faglig innretning. Håndteringspraksisenes nytte for å motvirke rusrelaterte utfordringer blant institusjonsungdom ser ut til å avhenge av kontekst og tilpasning lokalt og individuelt. Basert på dette anbefales en fleksibel tilnærming med kombinasjon av tradisjonelle intervensjoner (eksempelvis KAT eller MI), og individuelt- og institusjonelt tilpassede supplerende elementer som er basert på enkeltungdommers behov og hensyntar institusjonens rammer og ressurser (eksempelvis oppfølgings- og aktivitetstilbud, hjelpetiltak for tilleggsutfordringer) (Mälarstig et al., 2023; Pedersen et al., 2017).

Funnene peker på behov for fleksibilitet i tilnærmingen og individuell/institusjonell tilpasning. Enkeltintervensjoner og -modeller som presenteres som hensiktsmessige, må støttes av

strukturer som sikrer oppfølging og helhetlig innsats for å imøtekomme tilleggsbelastninger som ungdommene har i tillegg til rusutfordringer. Funn peker videre på et behov for styrking av samarbeidet på tvers av tjenester og sektorer, og mellom institusjonen og ungdommenes hjemmemiljø (Kanestrøm et al., 2024; Mandal et al., 2019; Mälarstig et al., 2023). I likhet med spesifikke modeller og intervensjoner, må samarbeidsmodeller og innretninger for samhandling på tvers tilpasses lokalt og institusjonelt. Dette innebærer institusjonell tilpasning basert på kontakt og avstand til samarbeidende instanser, og institusjonens rammer, ressurser og ansvarsområde. Flere understreker nødvendigheten av systematisk kartlegging av ungdommers individuelle behov, institusjonens muligheter og forutsetninger samt populasjonens samlede utfordringer for å tilpasse institusjonstilbudet og utvikle hensiktsmessige håndteringspraksiser som bidrar til langsiktig bedring for ungdom med rusrelaterte utfordringer (Anderberg & Dahlberg, 2022; Anderberg et al., 2019; Dahlberg & Anderberg, 2023; Holtet, 2021; Kanestrøm et al., 2024; Klingstedt et al., 2018; Manninen et al., 2022). Disse funnene skiller seg ikke fra innsikten som de supplerende kildene gir om rusrelaterte utfordringer blant unge generelt. Også her understrekes motstridende resultater om virkning av spesifikke intervensjoner og modeller for rusrelatert problematikk blant unge. Én enkelt intervensjon kan ikke utpekes som beste praksis, og virkningen ser ut til å avhenge av lokal og individuell tilpasning ved å kombinere ulike tiltak og tilnærminger basert på ungdommens individuelle behov og tjenestens rammer og betingelser (Becan et al., 2015; Littell et al., 2023; Marshall et al., 2025; Meneses et al., 2016a; van der Stouwe et al., 2014; Welsh et al., 2025; Winters et al., 2018). Den manglende kunnskapen til å fastslå hvorvidt enkeltintervensjoner gir bedre utfall enn andre tiltak tyder på et behov for ytterligere forskning og evaluering knyttet til nytten av anvendte håndteringspraksiser. I institusjoner kan dette møtes med systematisk oppfølging og jevnlig evaluering av tiltak og intervensjoner i den enkelte tjeneste.

Dominerende forståelser av rusutfordringer i barnevernsinstitusjoner

For å diskutere rådende perspektiver på rus i barnevernet bruker vi funn fra kunnskapskategorien *Ansattes perspektiver og praksiser*, samt supplerer med funn fra *Ungdommers erfaringer og relasjoner* (som utdypes nærmere i seksjon 6.4). Dokumenter innen begge kategorier omfatter undersøkelser av ansattes og ungdommers erfaringer med vurderinger og praksiser i møte med rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Overordnet er formålet med disse undersøkelsene å belyse institusjonspraksis knyttet til å balansere omsorg, hjelp og kontroll, og øke forståelsen for ungdommers erfaringer med håndteringspraksiser og behov gjennom institusjonsforløpet.

Funn fra både ansatte- og ungdommers perspektiver viser utfordringer i samarbeidet mellom partene. Samarbeidsutfordringene begrunnes delvis med motstridende problemforståelser og perspektiver på rus og relaterte utfordringer (Andersen, 2015; Henriksen, 2022). Dette kan føre til uklare håndteringspraksiser samt etiske og faglige utfordringer (Holtet, 2023; Ponnert og Johansson, 2024; Reime, 2017). Konvensjonelle verdier og forestillinger knyttet til rusrelaterte utfordringer i institusjonen kan komme til uttrykk i vurderinger og beslutninger med svak faglig forankring. Reime (2017) viser eksempelvis hvordan ansatte kan koble rusrelaterte utfordringer til bestemte negative egenskaper (risiko, grenseløshet, uansvarlighet) som anvendes for å begrunne rutinemessig kontroll og inngripende tiltak i møte med ungdommen.

Dominerende perspektiver på rusrelaterte utfordringer kan forme både institusjonelle praksiser og ansattes forståelser av rus. Supplerende kilder om rusrelaterte utfordringer blant unge generelt peker på en grunnleggende forutsetning for hensiktsmessige håndteringspraksiser. Tiltak og intervensjoner for unge og rus bør bygge på prinsipper om å redusere skade og risiko. Kunnskapen om at motiver for rusmiddelbruk varierer mellom ungdommer er godt etablert. Dette

kan tyde på at et ufravikelig mål om rusfrihet kan være urealistisk og lite hensiktsmessig i møte med enkelte ungdommer. Flere understreker at en mer hensiktsmessig målsetting for tiltak og intervensjoner er å redusere skade og risiko knyttet til rusmidler, og viser til betydningen av å innpasse kunnskapen om skade- og risikoreduksjon i systematiske og helhetlige forløpsplaner for ungdom med rusrelaterte utfordringer (Marshall et al., 2025; Welsh et al., 2025; Winters et al., 2018). Marshall et al. (2025) anbefaler utviklingsmessig tilpassede tiltak som tar hensyn til spesifikke behov og motiver, for eksempel støtte til å håndtere risikosituasjoner og redusere skade. I en praksiskontekst omtales dette gjerne som å *utforske rusens funksjon*, og kan bidra med viktig informasjon i ansattes vurdering av ungdommens behov og meningsfulle alternative aktiviteter. Welsh et al. (2025) anbefaler tilnærminger som muliggjør tidlig identifisering av risikofyllt rusbruk og videre utvikling av tilpasset innsats og institusjonstiltak. Winters (2018) fremhever viktigheten av skadebegrensende strategier på individ- og samfunnsnivå, inkludert tiltak som øker ungdoms bevissthet rundt risikoen ved rusbruk og involverer familie og nærmiljø for å redusere negative konsekvenser.

For å øke bevissthetsen og utvikle hensiktsmessige håndteringspraksiser anbefales det å etablere arenaer hvor ansatte kan dele erfaringer og reflektere over perspektiver og praksiser knyttet til rus og relaterte erfaringer (Ponnert & Johansson, 2024; Reime, 2017). I en institusjonskontekst kan dette gjennomføres ved å løfte konkrete rusrelaterte hendelser og vurderinger til diskusjon i personalgruppen, eksempelvis med utgangspunkt i strukturert refleksjon.

Institusjonelle forutsetninger og barrierer for å etablere hensiktsmessige praksiser

Barnevernsinstitusjonenes forutsetninger for å etablere hensiktsmessig praksis kan diskuteres i lys av funn fra kunnskapskategoriene *Ungdommers karakteristikk og behov* samt *Systemer og tiltak*. Førstnevnte omfatter undersøkelser og beskrivelser av psykologiske, sosiale og helsemessige behov hos institusjonsungdom med rusrelatert problematikk. Sistnevnte kunnskapskategori samler dokumenter som beskriver kartleggingsverktøy, tiltak og praksiser relatert til rus i barnevernsinstitusjoner. Fokuset er hvordan ungdommer i barnevernsinstitusjoner best ivaretas ved rusrelaterte utfordringer, samt muligheter og hindringer for å imøtekomme dette. Formålet med undersøkelsene i disse kategoriene er å gi kunnskap om ungdommenes bakgrunn og situasjon slik at tjenestetilbudet kan utvikles og tilrettelegges for hensiktsmessige institusjons- og oppfølgingsforløp for ungdom med rusrelaterte utfordringer.

Overordnet viser funn at institusjonsungdom utgjør en gruppe med kompleks problematikk i tillegg til rus, inkludert psykiske helseproblemer, utfordrende oppvekstvilkår og risiko for videre forverring knyttet til psykisk helse, rus og kriminalitet. Funn viser videre at institusjonsungdom har sammensatte behov som krever individtilpassede, integrerte hjelpeforløp med samordning mellom flere tjenester og sektorer, særlig knyttet til psykisk helse og integrering i hjemmemiljøet. Sammenlignet med den generelle ungdomspopulasjonen er forekomsten av diagnoser knyttet til psykisk helseproblematikk betydelig høyere (om lag tolv ganger) blant institusjonsungdom med utfordringer relatert til rus eller atferd (Manninen et al., 2022). Mer enn halvparten av institusjonsungdom med utfordringer knyttet til rus eller atferd har psykiske helseproblemer som gir rett til spesialisert psykisk helsehjelp (Anderberg & Dahlberg, 2014; Dahlberg & Anderberg, 2023; Kanestrøm et al., 2024). Belastningen er høy både ved plassering og senere i livet. Forekomsten av psykisk helseproblematikk er høyere blant personer med institusjonserfaring for rusrelaterte utfordringer i ungdomstiden enn i befolkningen ellers (Manninen et al., 2022). Flere studier bekrefter institusjonsungdoms utsatte posisjon. Kind et al. (2023) peker på at institusjonsungdom har høy risiko for å utvikle rusrelatert problematikk både underveis og etter plassering. Ungdom med mest alvorlig problematikk ved plassering kommer dårligst ut både underveis i institusjonsoppholdet og senere i livet, blant annet når det gjelder psykisk helse,

økonomi, skole og utdanning og deltakelse i arbeidslivet (Kind et al., 2023; Orri et al., 2021). Häggman-Laitila et al. (2019) viser at ungdom som plasseres med bakgrunn i egen problematikk kommer dårligere ut på lang sikt sammenlignet med de som plasseres som følge av omsorgssvikt. Forfatterne argumenterer for at en viktig forutsetning for å imøtekomme institusjonsungdommens sammensatte utfordringer er tett oppfølging og strukturert evaluering underveis og etter institusjonsoppholdet. Dette kan bidra til å tilpasse institusjonstilbudet i tråd med ungdommenes utvikling og hjelpebehov over tid (Häggman-Laitila, et al., 2019).

Funn fra Kayed et al. (2015) tyder også på høy forekomst av psykisk helseproblematikk og samsykelighet (for eksempel psykisk lidelse og rusproblematikk) blant institusjonsungdom, og at et mindretall av ungdommer med alvorlig problembelastning får spesialisert behandling i løpet av institusjonsoppholdet. Forfatterne finner også at institusjonsungdom opplever lav livskvalitet sammenlignet med både ungdomspopulasjonen generelt og ungdom i barnevernstiltak. Dette er bekymringsfullt fordi livskvalitet har sammenheng med andre viktige livsområder, som sosial tilhørighet og deltakelse, psykisk helse og sykdomsutvikling (Kayed et al., 2019).

En forutsetning for at institusjonene skal imøtekomme ungdommer med alvorlige og sammensatte utfordringer er et variert tjenestetilbud og individtilpasning som innlemmer psykologiske, sosiale og rusrelaterte tiltak og tilnærminger (Kanestrøm et al., 2024; Mandal et al., 2019; Kosonen & Kuusisto, 2023). Samtidig peker flere på utfordringer med å få oversikt over ungdommers situasjon og behov, som gjør det vanskelig å individualisere og innlemme tiltak som adresserer både rusutfordringer og relatert problematikk (Kanestrøm et al., 2024; Mandal et al., 2024). Mandal et al. (2024) påpeker store mangler i oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder ungdom i barnevernsinstitusjoner. Kosonen og Kuusisto (2023) fremhever videre at tilnærminger til rusrelaterte problemer blant ungdom vanligvis er utviklet for voksne og i liten grad justert til ungdomspopulasjonen. Dette gjør at anvendte praksiser, som kartlegging og oppfølging, i liten grad er tilpasset ungdommenes spesifikke utfordringer og behov.

Mangler knyttet til et spesialisert og variert tilbud for ungdom med rusrelaterte utfordringer har vært i søkelyset over tid (NOU 2023:24), og ble nylig løftet i en melding til Stortinget (Meld. St. 5 (2024–2025)). Som følge av dette inngår tilbudet for ungdom med rusrelatert problematikk i flere utredningspunkter i Rusbehandlingsutvalgets mandat (Regjeringen, u.å.).

Funn fra flere tyder på utbredt bruk av restriktive tiltak ved rusrelaterte utfordringer blant institusjonsungdom, særlig i institusjoner der ungdom plasseres under tvang (Mälarstig et al., 2023; Padyab et al., 2020). Eksempler på slike tiltak er kontroll, isolasjon, begrenset sosial kontakt, fjerning av eiendeler, kroppsransakelse og rustesting (Padyab et al., 2020). Bruken av kontroll og restriktive inngrep som eneste tiltak problematiseres. Flere understreker behovet for mindre inngripende alternativer (Padyab et al., 2020; Ponnert & Johansson, 2024; Reime, 2017). I institusjoner der ungdom plasseres under tvang er det særlig utfordrende å ta i bruk alternative tiltak (Mälarstig et al., 2023; Padyab et al., 2020), på grunn av hensyn til sikkerhet for ungdom og ansatte, regelverk som begrenser ansattes fleksibilitet, samt knapphet på tid og ressurser. I institusjoner kan bruken av inngripende tiltak reduseres ved lokal evaluering av tiltakenes nytte og institusjonens forutsetninger for alternative håndteringspraksiser. En slik ordning kan systematiseres ved å etablere arenaer der ansatte diskuterer iverksatte tiltak for å styrke vurderingsgrunnlaget og utvide repertoaret i møte med rusrelaterte utfordringer (Reime, 2017).

Funn knyttet til ungdommers muligheter og grad av medvirkning i planlegging og gjennomføring av institusjonsforløpet peker på flere utfordringer. Mandal et al. (2024) viser at ungdommers stemme ofte ikke vektlegges nok i planlegging og gjennomføring av institusjonsforløpet. Dette kan gjøre at hjelpen ikke treffer faktiske behov. Forutsigbar struktur og klare forventninger trekkes fram som viktige for å redusere rusrelaterte belastninger og styrke ungdommers forutsetninger for

gode overganger til voksenlivet (Lassemo et al., 2022; Reime & Tysnes, 2021). Ungdommer i Reime og Tysnes (2021) knytter forutsigbar struktur til likebehandling og forståelse for hensikten med regler og rammer ved institusjonen, og klare forventninger til lik praksis mellom ansatte ved institusjonen og forutsigbarhet i hva som forventes av dem (Reime & Tysnes, 2021). Kanestrøm et al. (2024) understreker at ungdommers medvirkning er en forutsetning for et hensiktsmessig hjelpeforløp. Kosonen og Kuusisto (2023) viser at mangel på direkte involvering og manglende samarbeid mellom tjenester reduserer nytten av hjelpeforløpet ved rusrelatert problematikk blant institusjonsungdom. Mandal et al. (2024) viser til kravet om medvirkning for ungdom i barnevernstiltak og understreker at kravet også gjelder ungdom i barnevernsinstitusjon. Forfatterne viser til anbefalinger i offentlige styringsdokumenter i Norge om å realisere reell medvirkning. Dette omfatter å evaluere lokale ordninger og forutsetninger for medvirkning, vurdere tjenestens ivaretagelse av medvirkningsretten og aktivt etterspørre og tilrettelegge for at ungdommene utdyper eget perspektiv i saker og beslutninger som angår dem. Dette understreker behovet for en systematisk tilnærming som både innhenter og innpasser ungdommenes perspektiver i hjelpeforløpet.

Flere peker på at en forutsetning for å innfri behovet for individuelt tilpassede forløp er en kombinasjon av systematisk kartlegging og strukturer for reell medvirkning fra ungdommene (Anderberg & Dahlberg, 2014; Anderberg & Dahlberg, 2022; Manninen et al., 2022). Dette kan innebære å tilrettelegge individuelt tilpassede hjelpeforløp gjennom regelmessig, strukturert kartlegging av ungdommers rusrelaterte utfordringer og behov, og å innpasse kartleggingsinformasjon i planlegging og oppfølging av ungdommenes institusjonsforløp. Med utgangspunkt i UngDOK kan dette gjennomføres ved å bruke verktøyets struktur til systematiske og ungdomssentrerte intervjuer som kartlegger viktige sider ved ungdommens livssituasjon, som helse, rusbruk, skole, familie og kriminalitet (Dahlberg & Anderberg, 2021). UngDOK kan gi ansatte et strukturert grunnlag for å identifisere sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer, og for å planlegge tilpassede tiltak som bygger på ungdommens egne opplevelser og perspektiver. Verktøyet er utformet for å sikre reell medvirkning ved å legge til rette for åpen dialog, der ungdommenes egne erfaringer og synspunkter får en sentral plass i kartleggingen. Videre muliggjør verktøyet oppfølging og evaluering over tid gjennom moduler for innskrivning, avslutning og oppfølging, slik at hjelpeforløp kan justeres og tilpasses etter ungdommens utvikling og behov (Dahlberg & Anderberg, 2021). UngDOKs systematiske tilnærming kan dermed bidra både til å styrke kvaliteten på institusjonstilbudet og ivaretagelsen av ungdommenes rett til medvirkning i eget hjelpeforløp.

6.4 Erfaringer blant institusjonsungdom i Norden

På grunn av manglende intervjuer med ungdom i den kvalitative delen av forskningsoppdraget, gjennomgikk vi intervjustudier med institusjonsungdom fra Norden som ble kartlagt i dokumentanalysen. Intervjustudiene (n = 7; se figur 6.1 i vedlegg 4) beskriver erfaringer og opplevelser blant ungdom i barnevernsinstitusjoner i Norge (n = 3), Danmark (n = 2), Sverige (n = 1) og Finland (n = 1). De er hovedsakelig vitenskapelige publikasjoner (n = 5). Tre dokumenter presenterer funn fra intervjuer med ungdom mens de bodde på institusjonen, to bygger på intervjuer med ungdom som tidligere har bodd i barnevernsinstitusjon, og to inkluderer begge gruppene. Funn knyttet til ungdommenes perspektiv oppsummeres i to overordnede temaer, beskrevet nedenfor.

Medvirkning og maktforhold

Ungdommenes erfaringer med innflytelse og medvirkning i institusjonsoppholdet preges av begrenset involvering i vurderinger og beslutninger som angår dem. Gundersen (2024) nyanserer bildet og viser at ungdommer opplever innflytelse på hverdagslige aktiviteter, men bruker ikke denne muligheten.

Lav tiltro til ungdommens evne til å ta relevante beslutninger for seg selv trekkes fram som en begrensning for innflytelse og medvirkning i barnevernsinstitusjoner (Henriksen, 2022). Lav tiltro til ungdommens perspektiver og vurderinger knyttes delvis til hyppig utskifting av omsorgspersonell. Hyppig utskifting svekker mulighetene for ansatte og ungdom til å etablere tillitsfulle relasjoner, og kan svekke ansattes tiltro til ungdommens perspektiver og vurderinger i saker som angår ungdommens forløp og situasjon (Henriksen, 2022). Lav tiltro beskrives særlig som en begrensning ved rusrelaterte episoder, der ungdommer opplever at perspektiver møtes med mistro og ikke vektlegges i vurderinger og beslutninger (Andersen, 2015; Haug og Stallvik, 2025; Henriksen, 2022; Kvarmans, 2023).

Haug og Stallvik (2025) peker på at normgivende føringer og standardiserte retningslinjer kan begrense ansattes handlingsrom for individuell tilpasning, og dermed ungdommens innflytelse over hjelpetilbudet. Samtidig viser ungdommers erfaringer i Kaittila et al. (2023) at muligheten til å påvirke styrker opplevelsen av eierskap til prosessen og løsningene, og bidrar til selvstendighet og mestring.

Videre fremheves ungdommenes manglende tilgang til informasjon og innsyn i beslutningsprosesser som en begrensning på innflytelse og medvirkning (Haug & Stallvik, 2025; Henriksen, 2022). Reell medvirkning forutsetter at ungdommene har tilstrekkelig informasjon for å vurdere handlingsalternativer og forstå beslutningsprosesser. Manglende involvering kan sette ungdommene i en avmaktsposisjon og skape motstand mot ansattes vurderinger og institusjonens tilbud (Gundersen et al., 2024; Kvarmans, 2023; Reime et al., 2021). Dette kan svekke tillitsfulle relasjoner og tilliten til institusjonen og hjelpetilbudet. Dette kan gjøres ved å tilgjengeliggjøre tydelig og forståelig informasjon om rettigheter, muligheter og beslutningsprosesser, og ved å utvikle informasjonen i samarbeid med ungdommene for å sikre at den er tilpasset målgruppen.

Ungdommenes erfaringer knyttet til maktforhold preges av at institusjonens perspektiver og ansattes vurderinger tillegges større vekt enn ungdommenes. Flere peker på et behov for økt bevissthet om hvordan miljøet og praksis ved institusjonen påvirker ungdommenes muligheter og former problemforståelsen (Andersen, 2015; Henriksen, 2022; Kvarmans, 2023). Erfaringer blant ungdom i både Henriksen (2022) og Kvarmans (2023) tyder på at dette kan begrense ungdommenes mulighet til å løfte fram egen forståelse av situasjonen, særlig når problemforståelse ikke samsvarer med ansattes eller institusjonens. Andersen (2015) understreker at arenaer der ungdommene kan utforske sine erfaringer uten risiko for negative konsekvenser kan bidra til åpenhet og dialog mellom ungdommer og ansatte ved institusjonen. Nulltoleranse for rus kan begrense åpen dialog; et skadereduserende perspektiv foreslås som mer hensiktsmessig for å fremme dialog med lavere risiko for negative konsekvenser.

Relasjoner og kontinuitet

Ungdommenes erfaringer med relasjoner er preget av hyppige utskiftninger av omsorgspersonell. Haug og Stallvik (2025) og Henriksen (2023) peker på at slike endringer kan gjøre det utfordrende å etablere tillitsfulle relasjoner og, som beskrevet over, redusere mulighetene for medvirkning. Kaittila et al. (2023) fremhever at ungdommer i studien erfarte at tillitsfulle relasjoner

til omsorgspersonell og til institusjonen var avgjørende for å utvikle mestringstro og selvstendighet gjennom institusjonsoppholdet og senere etter utskriving.

Tilsvarende preges ungdommenes erfaringer knyttet til relasjoner og kontinuitet av hyppig veksling og overflytting mellom tiltak. Selv om dette kan uttrykke et offentlig engasjement for å møte individuelle behov, kan den stadige utprøvingen av tiltak skape et uforutsigbart og usammenhengende hjelpeforløp (Henriksen, 2022). Etter hvert som ungdommenes utfordringer og situasjoner endret seg, opplevde de å måtte flytte for å få tilgang til passende hjelpetilbud. Henriksen (2022) beskriver et mer tilpasset hjelpeforløp der ungdommene forblir i kjente omgivelser, og hjelpetiltak justeres etter deres utvikling og behov underveis. Ungdommenes erfaringer med stadig utprøving og overflytting mellom tiltak ga inntrykk av at hjelpesystemet opererer etter sin egen logikk og ikke på grunnlag av deres utfordringer og behov. Dette preget ungdommenes innstilling til hjelpeapparatet som noe de ikke kunne regne med (Henriksen, 2022).

Ungdommenes opplevelser av kontinuiteten i hjelpeforløpet utfordres av begrenset oppfølging i overgangen og tiden etter institusjonsoppholdet. Samtidig fremheves betydningen av et forutsigbart miljø og tillitsfulle relasjoner som viktige faktorer for ungdommenes opplevelse av trygghet og tilhørighet, både gjennom institusjonsforløpet og i overgangen til livet etter oppholdet (bl.a. Kaittila et al., 2023). Usikkerhet om hva som skal skje etter institusjonsoppholdet kan skape uro og et uforutsigbart utgangspunkt under oppholdet. Erfaringer blant ungdommer i Gundersen et al. (2024) viser at et tilpasset ettervernstilbud bidrar til forutsigbarhet over tid og trygghet til å gradvis etablere selvstendige rutiner, meningsfullt innhold i hverdagen og tilhørighet til miljøer og arenaer i nærmiljøet.

Muligheten til å etablere tilhørighet til miljøer og arenaer i nærmiljøet underveis i institusjonsoppholdet fremheves som viktig. Kaittila et al. (2023) knytter ungdommenes mulighet til å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter og miljøer til styrking av tilhørighet til hverdagslivet og nærmiljøet der de skal bo og leve etter oppholdet. Reime et al. (2021) peker på at dette gir stabilitet og trygghet i ungdommenes overgang fra institusjonens rammer til voksenlivet, og at manglende tilhørighet og mening i hverdagen kan forsterke ungdommens opplevelse av utenforskap og svekke deres tillit til systemet.

Samtidig avhenger tilbudet om oppfølging etter institusjonsopphold i barnevernet av institusjoners og kommuners kapasitet, tilbud og prioriteringer, samt enkeltungdommenes ønsker og behov. Et ettervern og oppfølging i regi av institusjonen eller hjemkommunen er særlig viktig for ungdommer med svak relasjon til egen familie og nettverk (Gundersen et al., 2024). Dette legger et ansvar på offentlige instanser for å tilby oppfølging og ettervern med lik tilgang for ungdommer med ulike forutsetninger når det gjelder tilknytning til uformelle miljøer og arenaer.

Oppsummering av kapittel 6

Kapitlet har presentert funn fra dokumentanalysen med vekt på institusjonelle praksiser og erfaringer knyttet til rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Hovedvekten er på nordiske erfaringer og praksiser, med supplerende fra internasjonal forskningslitteratur. Funn knyttet til aktuelle delspørsmål i forskningsprosjektet tyder på at:

- Det mangler entydig kunnskap om at én miljøterapeutisk modell er mer virkningsfull enn andre ved rusrelaterte utfordringer blant unge. Hensiktsmessig praksis kombinerer systematiske og strukturerte tilnærminger for å fremme kvalitet og likebehandling, samtidig som individuelle og lokale tilpasninger ivaretas.

- Anvendte praksiser for *Kartlegging og avdekking* omfatter systematisk bruk av strukturerte kartleggingsverktøy. Hensiktsmessig praksis innebærer å identifisere rusproblematikk eller risiko for problemutvikling, og for å prioritere, planlegge og utvikle institusjonstilbudet basert på ungdommenes behov.
- Anvendte praksiser for *Begrensning og skjerming* omfatter kontrolltiltak, rutiner og regler som brukes for å skjerme ungdom fra rusmidler og tilrettelegge for trygge omgivelser. Hensiktsmessig praksis reduserer bruken av inngripende tiltak ved å utvikle alternativer og anvende et skadereduserende perspektiv.
- Anvendte praksiser for *Forebygging og behandling* omfatter tiltak som brukes til å hindre utvikling av rusproblemer eller behandle eksisterende utfordringer. Hensiktsmessige praksiser kombinerer ulike tilnærminger basert på individuelle og lokale behov og ressurser.
- Ansattes og tjenestens syn på nulltoleranse dominerer, samtidig er det motstridende problemforståelser mellom ansatte og ungdom. Hensiktsmessig praksis forutsetter etablerte arenaer der ungdom kan formidle sine perspektiver, og ansatte kan reflektere systematisk og etisk over rusrelaterte episoder og tiltak.
- Ungdommene har ofte sammensatte utfordringer, inkludert psykisk helse, rus og kriminalitet, og det mangler enhetlige tilnærminger til håndtering av disse. Hensiktsmessig praksis omfatter differensierte og integrerte tjenester som samarbeider på tvers av sektorer og tilpasser seg individ- og hjemmemiljøet.
- Det mangler en samlet og strukturert tilnærming i den enkelte tjeneste. Hensiktsmessige praksiser omfatter helhetlige og koordinerte tilnærminger som sikrer bedre samarbeid mellom tjenester og sektorer.

Ungdommenes erfaringer og perspektiver

- Ungdom opplever begrenset informasjon og involvering i beslutningsprosesser, og ansattes perspektiver får forrang fremfor ungdommenes egne. Hensiktsmessig praksis styrker medvirkning gjennom tydelig og forståelig informasjon om rettigheter, muligheter og beslutningsprosesser.
- Ungdommene opplever hyppig utskifting av omsorgspersonell og usikkerhet om oppfølging etter institusjonsopphold. Hensiktsmessig praksis etablerer etterverns- og oppfølgingstilbud og tilrettelegger for at ungdommer kan utvikle tilhørighet til hjemmemiljøet underveis i oppholdet.
- Åpenhet og dialog om rusrelaterte utfordringer begrenses av institusjonenes nulltoleranse-innstilling til rusmidler. Hensiktsmessig praksis anvender et skadereduserende perspektiv som tilrettelegger for åpen dialog med lavere risiko for negative konsekvenser.

DEL 3: OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Kapittel 7: Diskusjon og anbefalinger

7.1 Oppsummerende drøfting av funn

Målet med rapporten har vært å utvikle kunnskap og anbefalinger som kan bidra til å forebygge og styrke det miljøterapeutiske arbeidet rettet mot ungdommenes rusutfordringer. Dette har vi gjort ved å utvikle kunnskap om institusjonenes erfaringer med håndteringspraksis når det gjelder å oppdage, håndtere og forebygge rusutfordringer blant unge som bor i BFE- institusjonene. Vi har vektlagt å belyse hvilke rutiner og former for praksis som kjennetegner BFE- institusjonenes håndtering av ungdommer med rusutfordringer. I tillegg har vi undersøkt barnevernstjenestene arbeider med å følge opp ungdommer med rusutfordringer i forkant av og under institusjonsoppholdet i BFE.

Analysene i rapporten baserer seg på et bredt og sammensatt datamaterialet om håndteringspraksis på individ-, tjeneste- og strukturnivå for å adressere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. I tillegg til intervjuer har vi gjennomført dokumentanalyse av nordisk håndteringspraksis og registerdata om risiko for alvorlig rusbruk blant unge som i barnevernsinstitusjoner i Oslo, og om barnevernstjenesten registrering av rus i forkant av institusjonsoppholdet.

I dette kapittelet gir vi en oppsummerende og diskuterende fremstilling av våre sentrale funn og diskusjon av hvordan barnevernsinstitusjoner i BFE kan jobbe for å avdekke og forebygge rusproblematikk. Avslutningsvis presenterer vi sju konkrete anbefalinger basert på våre analyser og funn som kan bidra til å videreutvikle og systematisere det rusfaglige arbeidet i BFE- institusjonene.

Ungdommenes rusutfordringer krever langsiktig innsats

Våre analyser av intervjuer med ansatte viser at utgangspunktet for håndteringspraksis i BFE- institusjonene er nulltoleranse for besittelse og bruk av rusmidler og dette prinsippet styrer hvordan mistanke om rus håndteres. I det daglige arbeidet med ungdom der det er mistanke om rus, bygger vurderingene på observerte tegn og symptomer, inspirert av politiets vurderinger ved trafikkkontroll (Justis- og beredskapsdepartementet, 2022). Metoden er med andre ord ikke utviklet eller tilpasset unge som bor i barnevernsinstitusjoner.

Konsekvensene av bruk eller besittelse av rusmidler håndteres i hovedsak ved å iverksette inngripende tiltak. Årsrapporten fra statsforvalter for 2024 viser økt bruk av inngripende tiltak ved bruk og besittelse av rusmidler i barnevernsinstitusjoner (www.statsforvalter.no). Økningen i antall inngripende tiltak kan ha sammenheng med sammensetningen av barn og unge som bor i barnevernsinstitusjoner. Våre analyser og funn fra intervjuer med ansatte i BFE- institusjoner og barnevernstjenester viser også at rusbruken blant unge som ruser seg jevnlig, ble etablert allerede før inntak til BFE-institusjonene. Økning i inngripende tiltak og at rusutfordringene er utviklet seg før inntak, kan bety at barn og unge som bor i barnevernsinstitusjoner har omfattende og sammensatte behov som krever langsiktig miljøterapeutisk arbeid. Dette understøttes av analysefunn fra oppdragets tre deler, som peker i retning av at institusjonsungdom med rusrelaterte utfordringer kjennetegnes av sammensatte psykososiale utfordringer.

Våre analyser av informantene i BFE- institusjonene viser at dagens håndteringspraksis utløser faglige og etisk krevende dilemmaer når det gjelder avveininger mellom forventet virkning og kontroll. Dette kommer spesielt til uttrykk i situasjoner hvor det iverksettes inngripende tiltak overfor ungdom som ruser seg jevnlig. Dilemmaene knytter seg til hyppigheten av tvangsinngrep og forventet virkning av inngrepene for ungdommer som ruser seg jevnlig. Avveiningene gjelder også ungdommenes reaksjoner på tvangstiltak. Ungdommene reagerer ofte med redsel, sinne eller ved å trekke seg tilbake og isolere seg fra personalet.

Informantene i BFE- institusjonene fremhever behov for faglig påfyll og oppdatering av kompetanse i rusrelaterte miljøterapeutiske tilnærminger. Analysene våre viser behov for langsiktig miljøterapeutisk arbeid med større vekt på rusens funksjoner og skadevirkninger. Informantenes vektlegging av behovet for mer miljøterapeutisk kompetanse, kan tyde på at fagmodellene⁵⁶ som ligger til grunn for institusjonsoppholdet i BFE ikke er tilstrekkelig i arbeidet med unge og rusutfordringer. Det er viktig å understreke at BFE- institusjonene ikke er rustiltak, men analysene viser behovene for miljøterapeutiske tilnærminger og metoder som kan bidra til kontinuitet i oppfølgingen av ungdommer som ruser seg jevnlig eller daglig. Jevnlig bruk av rusmidler forutsetter at ansatte har kompetanse på tilnærminger som kan redusere skade og skape dialog om rusens funksjoner med ungdommene. Analysene viser at miljøterapeutisk praksis bør videreutvikles og innpasses tettere med ruskompetanse for å redusere rusbruk. De langsiktige miljøterapeutiske metodene som ansatte etterlyser, kan tolkes som skadereduserende tilnærminger. Skadereduksjon innebærer å iverksette tiltak som kan redusere skadene av rusen og øke livskvaliteten (Bramness & Rognli, 2025). Denne tilnærmingen krever kunnskap og ferdigheter om rus, akuttberedskap (f.eks. overdoseforebygging), etisk refleksjon, samt tid og ressurser til relasjonsarbeid i et langsiktig perspektiv.

Å innføre skadereduksjon i miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner kan oppleves som krevende, fordi tilnærmingen forutsetter åpen og trygg dialog om rus uten at ungdommene risikerer negative konsekvenser. Skadereduserende tilnærminger kan forstås som brudd med målet om rusfrihet og kan derfor tolkes som å «akseptere» bruk av rusmidler, og skape spenningsforhold mellom kontroll/avhold og relasjons- og trygghetsarbeid. Barnevernsinstitusjoner er underlagt juridisk lovverk og ansvar for å forebygge rusbruk og sikre trygghet gjennom kontrolltiltak. Skadereduserende miljøterapeutiske tilnærminger for ungdommer som ruser seg jevnt og hyppig i barnevernsinstitusjoner, forutsetter derfor individuell og lokal tilpasning og jevnlig evaluering.

Vi mangler intervjumateriale med erfaringer fra ungdommer som har bodd i BFE- institusjoner. Funn fra dokumentanalysen av intervjustudier med institusjonsungdom viser at reell medvirkning forutsetter tilgang til tydelig og forståelig informasjon om rettigheter, handlingsalternativer og beslutningsprosesser, utviklet i samarbeid med ungdommene (Haug & Stallvik, 2025; Henriksen, 2022). Ungdommenes opplevelse av manglende innsyn i beslutningsprosesser kan bidra til en avmaktsposisjon og skape motstand mot vurderinger og hjelpetilbudet som gir negative konsekvenser for relasjoner og tillit til ansatte og institusjonstilbudet (Gundersen et al., 2024; Kvarmans, 2023; Reime et al., 2021). Lav tiltro til ungdommens perspektiver, særlig ved rusrelaterte episoder, beskrives som en begrensning for innflytelse og medvirkning (Andersen, 2015; Haug & Stallvik, 2025; Henriksen, 2022; Kvarmans, 2023). Et skadereduserende perspektiv beskrives som en støtte til åpen dialog gjennom muligheten til å utforske erfaringer uten å risikere negative konsekvenser (Andersen, 2015). Å anlegge et skadereduserende perspektiv som grunnlag for åpenhet og dialog er også i tråd med internasjonale anbefalinger til

⁵⁶ Se vedleggene 5-7.

hensiktsmessig praksis i arbeid med unge og rusrelaterte utfordringer (Welsh et al., 2025; Winters et al., 2018).

Dokumentanalysen av ungdommens perspektiver viser også at relasjoner og kontinuitet er sentrale rammer for deres innflytelse og opplevelse av trygghet. Hyppig utskifting av omsorgspersonell og veksling mellom tiltak kan gjøre det utfordrende å etablere tillitsfulle relasjoner og kontinuitet (Henriksen, 2022; Haug & Stallvik, 2025; Henriksen, 2023). Ungdommene understreker betydningene av tillitsfulle relasjoner til mestringsstro og selvstendighet, og løfter frem viktigheten av å kunne påvirke og delta i aktiviteter tilpasset egne interesser og behov (Gundersen et al., 2024; Kaittila et al., 2023). Samtidig kan normgivende føringer og standardiserte retningslinjer begrense ansattes handlingsrom for individuell tilpasning og gi negative konsekvenser for ungdommens innflytelse over deres hjelpetilbud (Haug & Stallvik, 2025). Videre viser Gundersen et al. (2024) til at ungdommene i rustiltak etterlyser mer vekt på konsekvenser gjennom tydelige rammer, men også alternative mestringsarenaer i form av aktiviteter tilpasset deres interesser og behov. Kontinuitet i form av oppfølgingstilbud og mulighet til å etablere tilhørighet til miljøer og arenaer i ungdommens nærmiljø underveis i institusjonsoppholdet løftes også fram som viktig for stabilitet og trygghet, og for å motvirke opplevelse av utenforskap (Gundersen et al., 2024; Kaittila et al., 2023; Reime et al., 2021). Slaatto et al. (2021; 2023) studier viser at trygghet er en viktig forutsetning for barn og unge som bor og for ansatte som jobber i barnevernsinstitusjoner. Trygghet på institusjon handler både om å føle seg trygg følelsesmessig gjennom de relasjonelle forholdene og være beskyttet fra fare. For ungdommene er trygghet koplet til relasjonene til de ansatte, andre beboere og den fysiske konteksten på institusjon.

Hensiktsmessig rusarbeid fordrer balanse mellom omsorg, medvirkning og kontroll

Dokumentanalysen av nordisk praksis i kapittel 6, viser at hensiktsmessig håndtering av rusproblematikk forutsetter en fleksibel og tilpasset tilnærming med vekt på å balansere omsorg, medvirkning og kontroll. Ungdommenes individuelle behov, tidligere erfaringer med rus og psykisk helse, samt oppvekstforhold, må ligge til grunn for planleggingen og gjennomføringen av institusjonsoppholdet.

Funn fra dokumentanalysen viser at utfordringer knyttet til samarbeidet mellom ansatte og ungdommer skaper uenighet og uklare praksiser. I det miljøterapeutiske arbeidet med ungdommene som har rusrelaterte utfordringer, må ansatte balansere mellom inngripende kontrolltiltak (som for eksempel ransaking av rom og klær) og arbeid for å bygge tillit og trygge relasjoner. Denne balansegangen mellom å kontrollere og utvikle tillitt til ungdommene er krevende. Dominerende perspektiver på rus i institusjonene påvirker i stor grad ansattes vurderinger og praksis, noe som understreker viktigheten av refleksjon og kontinuerlig utvikling av institusjonelle tilnærminger. For å møte disse utfordringene er det nødvendig med arenaer for refleksjon for ansatte, åpen dialog mellom ansatte og ungdommer, og styrket samarbeidet mellom institusjonene, ungdommene og deres nettverk.

Hensiktsmessig rusarbeid innebærer også å utvikle tiltak som er realistiske og utviklingsmessig tilpasset, og forankret i institusjonens rammer og ressurser. Praksiser som presenteres som hensiktsmessige forutsetter en helhetlig tilnærming der tradisjonelle metoder kombineres med skadereduserende perspektiv og tilpassede tiltak.

Hensiktsmessig praksis forutsetter systematikk og samordnet innsats på tvers av tjenester

Dokumentanalysen i kapittel 6 viser at hensiktsmessig praksis overfor ungdom med rusrelaterte utfordringer som bor i barnevernsinstitusjoner, forutsetter både en helhetlig forståelse av ungdommens sammensatte behov og koordinert innsats på tvers av tjenester. Analysene av BFE-ansattes erfaringer bekrefter dette bildet. Informantene trekker fram behovet for forpliktende samhandling på tvers av tjenester i oppfølgingen av ungdommenes rusrelaterte utfordringer. For å møte behovene er det nødvendig med individuelt tilpassede og integrerte tjenester som adresserer ungdommenes psykiske helseutfordringer, rusproblematikk og andre sosiale forhold.

Tiltak for institusjonsungdom med rusrelatert problematikk bør også baseres på kunnskap om skade- og risikoreduksjon og tilpasses den enkelte ungdoms spesifikke behov og motivasjon. Dette omfatter tidlig identifisering av risikofylt rusbruk og tilpasset oppfølging gjennom institusjonsoppholdet. Systematisk kartlegging av rus, ungdommenes behov for oppfølging og institusjonens forutsetninger løftes fram som grunnlag for å utvikle hensiktsmessige tiltak som er tilpasset både ungdommene og situasjonen. Funn fra intervjustudier med institusjonsungdom i Norden i kapittel 6, understreker viktigheten av systematisk kartlegging, som for eksempel gjennom bruk av verktøy som UngDOK, for å få oversikt over ungdommenes situasjon og sikre at tiltakene og tjenestene treffer deres faktiske behov. UngDOK er et strukturert intervjuverktøy⁵⁷ fra Sverige som retter seg mot ungdom i alderen 13–25 år med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse (Dahlberg & Anderberg, 2021). Hensikten er å gi behandlere et verktøy for å forstå ungdommens situasjon, identifisere deres behov og utfordringer, og legge et godt grunnlag for tilpassede tiltak og oppfølging, inkludert beskyttelses- og sårbarhetsfaktorer som må adressere i institusjonsoppholdet (Dahlberg & Anderberg, 2021).

Fleksibiliteten i kartleggingsverktøyet skaper gode betingelser for medvirkning fra ungdommene og individuell tilpasning (Dahlberg & Anderberg, 2021). Dette er også i tråd med funn fra dokumentanalysen som viser et behov for å styrke ungdommens medvirkning i utforming og gjennomføring av tiltak. Informasjonen som samles inn, er standardisert og kan systematisere institusjonenes arbeid med rus og relaterte utfordringer både underveis og etter institusjonsoppholdet. Kartleggingsverktøyet kan dermed også bidra til å styrke og ivareta informasjonsflyten i overgangene mellom ulike tiltak og tjenester for ungdommer som har rusrelaterte utfordringer. Systematisk ruskartlegging ved inntak kan også bidra til at ungdommene får hjelp i tråd med kartleggingen, og synliggjøre når andre institusjons- eller oppfølgings tiltak egner seg bedre. På nåværende tidspunkt er det foreslått at ansvaret for rustiltakene skal flyttes til helseforetakene (NOU 2023: 24, 2023; Prop. 83 L (2024–2025), Barne- og familiedepartementet, 2024). Systematisk ruskartlegging kan også innebære dokumentasjon og grunnlag til å henvise ungdommer videre til spesialisert rusbehandling.

Systematisk ruskartlegging kan også bidra til å utvikle samarbeidet med aktuelle lokalbaserte tiltak og tjenester som kan bistå BFE- institusjoner når ungdommer har rusrelaterte utfordringer. Samarbeidet kan også bidra til nødvendig kontinuitet i oppfølging i etterkant, når ungdommene flytter ut av BFE- institusjonene. Analysene viser at det er nødvendig å etablere kontakt med flere

⁵⁷ UngDOK består av en rekke standardiserte spørsmål som dekker sentrale områder i ungdommens liv, blant annet familie- og bostedssituasjon, skole eller arbeid, fritid, helse, rusbruk, kriminalitet og tidligere behandlingserfaringer. Intervjuet er utformet med både åpne spørsmål og faste svaralternativer for å gi en detaljert og sammenlignbar oversikt over ungdommens situasjon. Spørsmålene knyttet til spesifikke tidsrammer som "de siste 30 dagene" eller "de siste tre månedene", som gjør det mulig å evaluere endringer over tid (Dahlberg & Anderberg, 2021, s. 11).

tjenester utover Bup. Dette er et gjennomgående tema i mange utredninger, rapporter og forskning (Barneombudet, 2020; Gundersen et al., 2023; NOU, 2023:24; Gundersen et al., 2024; Melby et al., 2020; Ådnes et al., 2024). Studiene viser at det er vanskelig å motivere unge i barnevernsinstitusjoner til å benytte seg av Bup. Informanter i vår studie knytter utfordringene til ungdommenes manglende tillitt til hjelpeapparatet, samt systemiske og organisatoriske forhold som avstand og rigide byråkratiske prosesser som hindringer. Slike forhold begrenser ungdommenes tilgang til den hjelpen de har krav på (Riksrevisjonen, 2023). Dette er alvorlig og kan bidra til å skape ytterligere utfordringer til samarbeid og samordning av hjelpetiltak rettet mot ungdommenes behov for kartlegging, utredning og behandling. Vi understreker derfor nødvendigheten av å innføre systematiske ruskartlegginger i BFE- institusjoner. Ruskartleggingen kan bidra til mer omfattende vurderingsgrunnlag av ungdommenes behov for tilpasset omsorg, behandling og oppfølging i det daglige miljøterapeutiske arbeidet med unge i BFE- institusjonene.

7.2 Forutsetninger og anbefalinger for kvalitetsutvikling av praksis i møte med ungdom med rusutfordringer

Anbefaling 1: Individuell og lokal tilpasning av tilnærminger i møte med ungdommer og rusutfordringer

Funn fra både intervjustudien og dokumentanalysen understreker behov for arenaer og rammer der ansatte kan drøfte og vurdere faglig krevende rusrelaterte dilemmaer, hendelser og episoder på institusjonen. For å styrke arbeidet med faglig krevende rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner er en konkret anbefaling å innføre regelmessig saksveiledning med etisk refleksjon og veiledning. Etisk refleksjon er en systematisk prosess for å vurdere og balansere verdier, prinsipper og konsekvenser i komplekse situasjoner (Lillemoen et al., 2025). I arbeid med ungdom med rusrelaterte utfordringer på barnevernsinstitusjoner står ansatte ofte overfor etiske dilemmaer som krever grundige vurderinger. Et etisk dilemma innebærer å måtte velge mellom handlingsalternativer som begge har betydelige fordeler og ulemper, og der en verdi kan bli brutt for å ivareta en annen (Bennwik et al., 2024). I slike situasjoner blir ansatte bevisste handlinger og verdigrunnlag avgjørende for å balansere ulike hensyn og sikre at ungdommenes behov og rettigheter ivaretas.

Etisk refleksjon er en kjernekompetanse i profesjonsfaglig arbeid og bidrar til å integrere teori, kunnskap og praksis (Bennwik et al., 2024; Thompson & Stepney, 2018). I møte med ungdom med sammensatte utfordringer og rusproblematikk er det særlig viktig at ansatte har bevissthet om egne verdier, erfaringer og maktposisjoner. Handlinger er sjeldent verdinøytrale eller fri for forestillinger (Thompson & Stepney, 2018), og derfor må ansatte kontinuerlig reflektere over hvordan egne holdninger, erfaringer og kunnskaper påvirker beslutninger som tas i møte med rusrelaterte utfordringer blant ungdommene. Gjennom slik refleksjon kan ansatte bidra til å fremme verdighet, autonomi og tillit i arbeidet (Lillemoen et al., 2025).

Regelmessig saksveiledning og rusrelaterte hendelser kan gjennomføres strukturert basert på en modell for etisk refleksjon som har forankring i helse- og omsorgstjenester (Lillemoen et al., 2025). Denne tilnærmingen er utviklet for å støtte ansatte i helse- og omsorgssektoren med å håndtere etiske utfordringer på en systematisk og verdibasert måte. Modellen har som hovedhensikt å øke etisk bevissthet og refleksjonskompetanse, sikre brukernes verdighet og trygghet, samt legge til rette for bedre beslutninger i situasjoner der verdier må veies opp mot hverandre (Lillemoen et al., 2025). Ved å innføre *6-trinnsmodellen for etisk refleksjon* (KS & SME, 2025) som en standard praksis for rusrelatert saksveiledning, kan BFE institusjoner gi ansatte et

verktøy som fremmer gjennomtenkte, etisk forsvarlige avgjørelser. Dette styrker kvaliteten på arbeidet og kan bidra til at ungdom med rusrelaterte utfordringer får en mest mulig trygg, lik og hensiktsmessig behandling. Med tanke på å styrke ungdommenes medvirkning og forståelse for beslutningsprosesser anbefaler vi at ungdommer deltar i saksveiledning der hvor det er aktuelt og mulig.

Rusrelatert saksveiledning etter *6-trinnsmodellen for etisk refleksjon* (KS & SME, 2025)⁵⁸:

1. **Hva er den etiske utfordringen?**
Utfordringen formuleres som et «bør»-spørsmål som tydeliggjør dilemmaet og dets kjerne.
2. **Hva er fakta i saken?**
Her kartlegges all relevant informasjon, inkludert konteksten, hendelsesforløpet, og de juridiske og etiske rammene. Viktig informasjon som mangler, identifiseres og vurderes.
3. **Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?**
Det er nødvendig å identifisere ungdommens behov og perspektiver, men også å vurdere hvordan situasjonen påvirker andre, inkludert familie, ansatte og andre ungdommer på institusjonen.
4. **Hvilke verdier, prinsipper og lover aktualiseres?**
Etiske prinsipper som autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet vurderes sammen med relevante lover og retningslinjer. Hvilke prinsipper veier tyngst i den aktuelle situasjonen?
5. **Handlingsalternativer**
Hvilke mulige handlingsalternativer har blitt tematisert under refleksjonen?
6. **Helhetsvurderinger**
Hvordan kan lignende saker best håndteres, og hva blir neste steg i oppfølgingen av den aktuelle situasjonen? Er det tiltak som bør iverksettes for å minimere eventuelle skadevirkninger?

Anbefaling 2: Strukturert ruskartlegging og oppfølging av rusrelatert problematikk i barnevernsinstitusjoner

Funn fra både intervjuer og dokumentanalysen i forskningsprosjektet peker på et behov for strukturert kartlegging og oppfølging som grunnlag for å tilpasse tilnærmingen til rusrelaterte utfordringer. For å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner er det nødvendig å benytte en systematisk og helhetlig fremgangsmåte for å kartlegge og følge opp ungdommers situasjon og behov. Analysene av intervjuene med bydelsbarnevernet og analysene av henvisningsskjemaer til BFE viser at rus i liten grad er systematisk kartlagt før henvisning. I praksis kan det at BFE- institusjonene har lite kjennskap til ungdommenes behov for oppfølging av rusrelaterte utfordringer før inntak. Vi argumenter derfor at det er nødvendig å innføre systematisk kartlegging av rus ved inntak i BFE institusjonene for å få oversikt over og tilpasse institusjonsoppholdet til den enkelte ungdoms behov for oppfølging av rusutfordringene. Et

⁵⁸ Se også nettressursene på ks.no «[Hovedmodell for etisk refleksjon](#)» og uio.no «[Nettkurs i etikkrefleksjon](#)»

verktøy som kan vurderes for dette formålet, er UngDOK⁵⁹, som har vært i bruk i Sverige siden 2003 (Dahlberg & Anderberg, 2021).

Bruk av et strukturert kartleggingsverktøy som UngDOK kan bidra til å styrke arbeidet med rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Erfaringer fra Sverige viser at verktøyets systematiske tilnærming og søkelys på ungdommens helhetlige livssituasjon gir et solid grunnlag for tilpasset oppfølging og behandling. Implementeringen av UngDOK i norske barnevernsinstitusjoner kan bidra til å forbedre kvaliteten på tiltakene og styrke kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av praksis (Dahlberg & Anderberg, 2021).

Anbefaling 3: Tilpasse UngDOK til de miljøterapeutiske fagmodellene

Vi anbefaler å tilpasse UngDOK til de miljøterapeutiske fagmodellene; Systemisk endringsmodell (SEM), Tilknytningsmodellen (TEM) og Forsterket behandlingsmodell (FBM) systematisk og konkret gjennom forløpet i BFE- institusjonene.

Anbefaling 4: Systematisere oversikt over eksterne tjenester og tiltak rettet mot ungdommer og rus

Intervjuene med ansatte i BFE og ansatte i bydelsbarnevernet viser at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om tjenester og tiltak som er rettet mot ungdommer og rus. Behovet for oversikt retter seg både til lokalbaserte og mer spesialiserte tiltak tilpasset ungdom med rusutfordringer. Vi anbefaler at BFE oppretter en nettportal med oppdatert oversikt over aktuelle kommunale, private, ideelle og statlige tiltak som retter seg til ungdom og rus. Det er nødvendig med jevnlig vedlikehold av oversikten over aktuelle tiltak og tjenester. Vi anbefaler også at det arrangeres årlig fysisk møter med presentasjoner, som kan bidra til å systematisere og gjøre oversikt over aktuelle tilbud og tjenester kjent for brukere, ansatte, ledere og andre aktører. Samt bidra til oppdatert oversikt over aktuelle lokalbaserte tiltak og tjenester i nærområdene der ungdommene bor. Hensikten er at oversikten i nettportalen skal samle tiltak og tjenester rettet mot ungdommenes reelle behov. Vi anbefaler derfor at Brukerrådet⁶⁰ inkluderes i arbeidet med å utvikle nettportal, som også vil styrke ungdommenes medvirkning.

Basert på våre funn er en konkret anbefaling å etablere en interaktiv plattform som gir en samlet oversikt over rusrelatert kompetanse, tjenester og aktivitetstilbud for ungdom med rusutfordringer og deres støtteapparat. Dette kan bidra til at ungdom med rusutfordringer i BFE- institusjonene får bedre tilgang til nødvendige ressurser og støtte. Plattformen kan inneholde informasjonsressurser, som artikler, veiledere og videoer om rusrelaterte temaer, samt informasjon om tilgjengelige ressurser innen helse- og velferdssektoren. Behovet for oversikt og tilgang til informasjon gjelder både innad i BFE, i kompetansemiljøer og tjenestetilbud innen barnevernsapparatet, samt i samarbeidskommuner og helse- og velferdssektoren.

Plattformen kan videreutvikles slik at kompetansemiljøer og tilbydere av relevante tiltak, inkludert kommunale og aktører i frivillig/ideell sektor, kan registrere sine tilbud. Informasjonen som registreres kan inkludere detaljer om tilbudets målgruppe, geografisk plassering, kontaklinformasjon og beskrivelse av tilbudet. For brukerne av plattformen vil det være viktig at

⁵⁹ Se beskrivelse av UngDOK-manualen i avsnitt 7.1

⁶⁰ «Brukerrådet er et medvirkningsorgan som består av en fast gruppe ungdommer som bor eller nylig har bodd i en av BFEs barnevernsinstitusjoner» (Barne- og familieetaten, 2024, s. 42).

plattformen har en enkel og oversiktlig søkefunksjon som gjør det mulig å filtrere tilbud basert på kriterier som geografisk område, type aktivitet, målgruppe og tilgjengelighet. Ved å fungere som en bro mellom ulike aktører i systemet, inkludert barnevernsinstitusjoner, kommuner og helse- og velferdssektoren, kan nettportalen bedre informasjonstilgangen for ansatte i BFE, så vel som ungdommer, deres pårørende og formelle støtteapparat.

Plattformen kan eksempelvis utvikles og utvides med utgangspunkt i erfaringer fra Velferdsetatens initiativ «Fyll dagene». Fyll dagene ble opprettet som en del av Velferdsetatens arbeid med å styrke tilbudene for personer som ønsker å etablere seg som rusfrie. Bakgrunnen for tiltaket lå i et identifisert behov for bedre oversikt og tilgjengelig informasjon om sysselsettings- og aktivitetstilbud. Mange brukere opplevde ensomhet og isolasjon som en utfordring i overgangen til et rusfritt liv, noe som kan øke risikoen for tilbakevendende problematikk. I arbeidet med kunnskapsgrunnlaget til ny rusmelding ble det tydelig at både brukere, pårørende og ansatte i rehabiliteringstilbud manglet tilstrekkelig kjennskap til eksisterende tilbud. I tillegg rapporterte tilskuddsmottakere om vansker med å nå ut til deltakere i målgruppen. For å møte dette behovet ble det i 2017 gjennomført to tiltak: innhenting og tilgjengeliggjøring av informasjon om relevante tilbud og etableringen av «Fyll dagene» – en årlig jobb- og fritidsmesse. Messen fungerer som en møteplass for brukere, pårørende, ansatte og tilbydere av ulike aktiviteter og tjenester, og har som hensikt å bidra til økt deltakelse, nettverksbygging og synliggjøring av eksisterende tilbud for rusfrie

Anbefaling 5: Gjennomgang av institusjonenes utforming rettet til trygghet og sikkerhet

Bygningsmassen i flere av BFE- institusjonene er dårlig egnet til å gjennomføre miljøterapeutisk arbeid med ungdommene. Det handler blant annet om trygghet knyttet til oversikt over ungdommene og situasjoner rundt tvang og muligheter for skjerming, når det er nødvendig. Dette sammenfaller også med funn fra dokumentanalysene av håndteringspraksiser i Norden og i Årsberetning for Barne- og familieetaten (2024). Gjennomgangen av bygningsmessige forhold og formål kan eksempelvis utføres som en del av kartlegging av kompetanse internt i BFE.

Anbefaling 6: Åpenhet og dialog om rusrelaterte utfordringer

Funnene fra den kvalitative delen samt dokumentanalysen av håndteringspraksiser i Norden, viser at åpenhet rundt rusrelaterte utfordres av barnevernsinstitusjonenes nulltoleranse-innstilling til rusmidler. Vi anbefaler at det innføres arbeidsformer som kan bidra til å bedre dialogen om rusrelaterte utfordringer og redusere risiko for negative konsekvenser. Vår anbefaling er derfor å innpasse skadereduserende tilnærminger som en del av det miljøterapeutiske arbeidet rettet mot rusens funksjon og skader. Skadereduserende tilnærminger bør utvikles og tilpasses de 3 fagmodellene som ligger til grunn for det miljøterapeutiske arbeidet i BFE- institusjonene, og at ungdommer fra BFE-institusjoner inkluderes i dette arbeidet.

For å redusere barrierer for åpen dialog mellom ansatte og ungdommer, bør barrierene tas opp direkte med ungdommene og konkretiseres som spørsmål i rusrelatert saksveiledning. (se Anbefaling 1 om bruk av SME-modellen).

Anbefaling 7: Systematisk medvirkning fra ungdommer som bor i BFE- institusjonene

Barn og unges muligheter til medvirkning, må også gjenspeiles i tilnærmingene og sørge for at rettighetsvernet for barn håndheves. (jf. FN Barnekonvensjon; Ot.prp.nr.45 (2002-2003); Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK)). Vi anbefaler derfor at Brukerrådet i BFE brukes aktivt som rådgivende organ i utviklingen av miljøterapeutiske tilnærminger rettet mot

rusutfordringer i BFE- institusjonene. Dette kan gjennomføres med jevnlig møter med Brukerrådet, som på vegne av alle beboerne i BFE- institusjonene, kan medvirke i prosessene som skal føre til at miljøarbeidet og tilnærmingene blir tilpasset BFE- institusjonene på måter som ivaretar unge som har rusutfordringer (se også anbefaling 1, 4 og 6 med konkrete forslag til å styrke medvirkning).

Referanser

- Almquist, Y. B., Rojas, Y., Vinnerljung, B., & Brännström, L. (2020). Association of child placement in out-of-home care with trajectories of hospitalization because of suicide attempts from early to late adulthood. *JAMA Health Forum*, 3(6), e206639–e206639. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.6639>
- Anderberg, M., & Dahlberg, M. (2022). Minskad alkohol- och cannabisanvändning bland ungdomar på Mariamottagningar: En effekt av Coronapandemin? *Socialmedicinsk Tidskrift* 99(2), 237-251. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-111613>
- Andersen, D. (2015). Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of 'whats' and 'hows' in institutional storytelling. *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 668-682. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12228>
- Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K., & South, S. (2014). *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Resultat efter fem år (2014-11-20)*. Socialstyrelsen.
- Airaksinen, J., Aaltonen, M., Tarkiainen, L., Martikainen, P., & Latvala, A. (2021). Associations of neighborhood disadvantage and offender concentration with criminal behavior: Between-within analysis in Finnish registry data. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101813. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101813>
- Backe-Hansen, E. (2011). Institusjonsplassering – siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet. NOVA rapport 21/2011.
- Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neumann, C. B., & Storø, J. (2017). *God omsorg i barnevernsinstitusjoner*. NOVA rapport 12/17.
- Bakken, A. (2023). *Ung i Oslo 2023. Ungdomsskole og videregående skole*. NOVA-rapport 6/23.
- Barne- og familiedepartementet (2024). *Vårt felles ansvar – ny retning for barnevernets institusjonstilbud*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4c19011094d048dfac26f4c631127cb7/no/pdfs/vart-felles-ansvar-strategi.pdf>
- Barne- og familiedepartementet (2025). *Omsorg og ansvar – Styring og organisering til barnas beste*. Rapport fra ekspertutvalget om organisering og styring av statlig barnevern. www.regjeringen.no
- Barne- og familieetaten (2024). Årsberetning. www.oslo.kommune.no
- Barneombudet (2020). *De tror vi er shitkids*. Barneombudet.
- Barnevernsloven (2021). Lov om barnevern. (Lov-18-06-21) Lovdata.
- Bask, M., Ristikar, T., Hautakoski, A., & Gissler, M. (2017). Psychiatric diagnoses as grounds for disability pension among former child welfare clients. *Longitudinal and Life Course Studies*, 8(4), 365–381. <https://doi.org/10.14301/llds.v8i4.459>
- Bennwik, I.-H. B., Misje, T., & Aadland, E. (2024). Profesjonsetikk i sosialt arbeid. *Samlaget*.
- Bergsund, H., Hestevik, C., & Hval, G. (2024). *Hva bidrar til stabile plasseringer når barn er plassert i fosterhjem eller på institusjon? Systematisk litteratursøk med sortering*.

- Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2023/hva-bidrar-til-stabile-plasseringer-nar-barn-er-plassert-i-fosterhjem-eller/>
- Bergsund, HB, Nøkleby H. (2023). Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem: systematisk kartleggingsoversikt. Rapport – 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Berlin, M., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 66, 45–52.
- Becan, J. E., Knight, D. K., Crawley, R. D., Joe, G. W., & Flynn, P. M. (2015). Effectiveness of the Treatment Readiness and Induction Program for increasing adolescent motivation for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 38-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.002>
- Becker, T. D., Castaneda Ramirez, S., Bruges Boude, A., Leong, A., Ivanov, I., & Rice, T. R. (2024). Interventions for prevention and treatment of substance use in youth with traumatic childhood experiences: a systematic review and synthesis of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(10), 3419-3438. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02265-x>
- Bhuller, M. & Røgeberg, O. (2022). Kjennetegn ved barn og unge som begår kriminelle handlinger og virkninger av straff. Oslo Economics, utarbeidet for Justisdepartementet.
- Berlin, M., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 66, 45–52.
- Bista, S. (2023). Long-term Outcomes of a Residential Treatment Program for Adolescents with Problematic Drug and Alcohol Use: Evidence from a Longitudinal Modelling Approach Using Linked Data. *University of Technology Sydney* (publikasjons nummer: 31355304).
- Björkenstam, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). Impact of childhood adversities on depression in early adulthood: A longitudinal cohort study of 478,141 individuals in Sweden (Vol 223, pg 95, 2017). *Journal of Affective Disorders*, 236, 316–316. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.093>
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155–174. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00057-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00057-X)
- Bramness, J.G. & Rognli, E.B. (2025). Hekta. En grunnleggende lærebok om avhengighet. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brännström, L., Berlin, M., Bäckman, O. & Karlsson, P. (2024). Trajectories of NEET in individuals formerly placed in out-of-home care: A Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12695>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brennan, M. M., Corrigan, C., Mongan, D., Doyle, A., Galvin, B., Nixon, E., Zgaga, L., Smyth, B., Ivers, J. H., & McCarthy, N. (2024). Predictors and outcomes of adolescent alcohol and drug use: A scoping review. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3), ckae144.594. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.594>

- Bretteville-Jensen, A. L., & Bramness, J. G. (Red.). (2019). *Cannabisboka*. Universitetsforlaget.
<https://www.universitetsforlaget.no/cannabisboka-1>
- Bufdir (2014). *Sammenstilling av kunnskap om institusjoner rettet mot ungdommer med alvorlige atferdsvansker og/eller vedvarende misbruk av rusmidler*. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2014.
- Bufdir. (2022). Anbefalinger om kompetanse og utdanning for barnevernsinstitusjoner.
<https://www.bufdir.no/contentassets/ed7a489b2fbf4c808e4637c037e51450/anbefalinger-om-kompetanse-og-utdanning-for-barnevernsinstitusjoner2253.pdf>
- Bufdir. (2023). Veileder for forløp i barneverninstitusjoner.
<https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/veileder-for-forlop-i-barneverninstitusjoner.pdf>
- Bufdir. (2024). Veileder for forløp i barneverninstitusjoner. ISBN: (digital utgave) 978 -82 -8286 - 407 – 7.
- Bufdir. (2025) Barn på barnevernsinstitusjon - en tilstandsanalyse.
<https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barn-pa-barnevernsinstitusjon/tilstandsanalyse/>
- Bydelsreformen – Byrådets forslag om fremtidig organisering av Oslo kommune – Bydelsreformen Oslo kommune. www.oslo.kommune.no
- Bye, E. K., & Bretteville-Jensen, A. L. (2024). *Narkotikabruk blant ungdom*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-blant-ungdom/?term=>
- Bye, E. K., & Moan, I. S. (2024). *Alkoholbruk blant ungdom*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-blant-ungdom/?term=>
- Charak, R., Koot, H. M., Dvorak, R. D., Elklit, A., & Elhai, J. D. (2015). Unique versus cumulative effects of physical and sexual assault on patterns of adolescent substance use. *Psychiatry Research*, 230(3), 763-769. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.014>
- Clifford, G., Fauske, H., Lichtwarck, W., & Marthinsen, E. (2015). *Minst hjelp til dem som trenger det mest* (Nordlandsforskning rapport nr. 6). Bodø: Nordlandsforskning.
- Dahlberg, M., & Anderberg, M. (2021). *UngDOK: Manual för intervjuformulär, 2021. En rapport från Institutet för kunskapsoch metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården, IKM* (9789189283473). https://journaldigital.se/wp-content/uploads/Manual_UngDOK-2021.pdf
- Dahlberg, M., & Anderberg, M. (2023). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö - Ungdomar i öppenvård år 2022* (9789180820899). Linnéuniversitetet.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). 5. utgave 2021, redigert 2023. ISBN for web-versjon: 978-82-7682-112-3.
- Deloitte AS & Oslo Economics. (2024). Områdegjennomgang av institusjonsbarnevernet. Finansdepartementet, Barne- og familiedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omradegjennomgang-av-det-statlige-barnevernet/id3084027/>
- Deloitte. (2019). Kartlegging av institusjonstilbud i Norge og utvalgte europeiske land. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.

https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Kartlegging_av_institusjonstilbud_i_Norge_og_utvalgte_europeiske_land%20.pdf

- Drange, N., & Hernæs, Ø.M. (2020). Kvantitativ beskrivelse av institusjonspopulasjonen. Rapport 3/2020. Frisch Rapport
- Drange, N., Hernæs, M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O. & Slettebø, M. (2022) Barn, unge og familier i barnevernet – En longitudinellregisterstudie. Delprosjekt 2: Hvordan går det med barna? Frisch Rapport, 02/2022
- Dæhlen, M. (2017). Educational attainment among young people with a child welfare background: A longitudinal study. *Nordic Social Work Research*, 7(2), 101–116. <https://doi.org/>
- Dæhlen, M. (2018). Employment trajectories of young adults with child welfare backgrounds. *Child & Family Social Work*, 23(4), 678–686.
- Echaves, J. F., Henriksen, H. B., & Bjornes, S. S. (2025). Behov og kjennetegn hos barn og unge plassert i barnevernsinstitusjoner i Norge: hurtigoversikt. Folkehelseinstituttet.
- Edland-Gryt, M., Ø. Skjælaaen og T.A. Sandøy (2025). Ruse seg utover, innover eller bort? En sosiologisk studie av organisering av illegal rusmiddelbruk. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 66, (1) s. 1–15. <https://doi.org/10.18261/tfs.66.1.1>
- Enell, S., Andersson Vogel, M., Henriksen, A.-K. E., Pösö, T., Honkatukia, P., Mellin-Olsen, B., & Hydle, I. M. (2022). Confinement and restrictive measures against young people in the Nordic countries – a comparative analysis of Denmark, Finland, Norway, and Sweden. *Nordic Journal of Criminology*, 23(2), 174-191. <https://doi.org/10.1080/2578983x.2022.2054536>
- Erola, J., Jalonen, S., & Lehti, H. (2016). Parental education, class and income over early life course and children's achievement. *Research in Social Stratification and Mobility*, 44, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2016.01.003>
- Fabio, A., Tu, L.-C., Loeber, R., & Cohen, J. (2011). Neighborhood socioeconomic disadvantage and the shape of the age–crime curve. *American Journal of Public Health*, 101 (Suppl 1), S325–S332. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300034>
- Fernández-Artamendi, S., Águila-Otero, A., F. Del Valle, J., & Bravo, A. (2020). Victimization and substance use among adolescents in residential childcare. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104484. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104484>
- FNs konvensjon om barns rettigheter. New York 11. november 1989. (Norsk oversettelse).
- Folkehelsebiblioteket (u.å.). *Metodeboka - "Slik oppsummerer vi forskning"*. Hentet 5. januar 2025 fra <https://www.fhi.no/ku/kunnskaps-og-beslutningsstotte/metodeboka/>
- Forskrift om tildeling av kommunal bolig, Oslo kommune, Oslo, 2024.
- Fossum, S., Babaii, A., & Hendegård, B. H. (2018). *Behandling av utagerende ungdommer på barnevernsinstitusjoner 2 år etter inntak. Evaluering av behandlingsmodellen MultifunC*. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (978-82-93031-56-7).
- Fyll dagene: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rustjenester/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/alle-tilbud-i-oslo/> -Velferdsetaten, Oslo Kommune.

- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure, and drug abuse: A Swedish national cohort study: Childhood socio-economic status and drug abuse. *Addiction*, 108(8), 1441–1449. <https://doi.org/10.1111/add.12169>
- Gauffin, K., Hjern, A., Vinnerljung, B., & Björkenstam, E. (2016). Childhood household dysfunction, social inequality, and alcohol related illness in young adulthood: A Swedish national cohort study. *PLoS ONE*, 11(3), e0151755. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151755>
- Grünfeld, L. A., Backe-Hansen, E., Guldvik, M.K., Kjelsaas, I., Winje, E., Engebretsen, L.S. & Westberg, N.B. (2020). Institusjonstilbudet i barnevernet. Menon-Publikasjon. NR. 54/2020
- Gundersen, T., Havre, M., Neumann, C. B., Fugletveit, R. & Jevne, K.S. (2023). *Enetiltak og alenetiltak i barnevernet. Et nødvendig botilbud til barn og ungdom*. NOVA-rapport 9/2023. NOVA/OsloMet
- Gundersen, T., Neumann, C. B., Fugletveit, R. & Jevne, K.S (2024). Grensedragning mellom frivillighet, tvang, omsorg og behandling: Samfunnsvitenskapelig analyse. NOVA Rapport, nr.1/24.
- Hansen, E. R., Kruckow, S., Feldstein Ewing, S. W., Nordentoft, M., Thomsen, K. R., & Tolstrup, J. S. (2025). Adolescent substance use patterns and subsequent risk of mental and behavioural disorders, substance use, and suicidal behaviour: A cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 10(7), e578–e587. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00123-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00123-4)
- Haug, R. E., & Stallvik, M. (2025). Balancing power struggles: Understanding the dynamics between standards set by the government, adolescents, and staff at a therapeutic residential care facility. *Residential Treatment For Children & Youth*, 42(3), 379-403. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2024.2420986>
- Hauge, R. (2009). Rus og rusmidler gjennom tidene. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2022). *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023). *Indikatorer for ulikhet i helse i Norge*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag/indikatorer-for-ulikhet-i-helse-i-norge>
- Helsedirektoratet. (2025). *Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nasjonalt-program-for-rusforebyggende-arbeid-blant-barn-og-unge>
- Henriksen, A.-K. (2022). “It’s my life they are talking about” – On children’s participation in decision-making for secure placement. *Qualitative Social Work*, 21(4), 783-799. <https://doi.org/10.1177/14733250211036173>
- Heradstveit, O., Gjertsen, N., Iversen, A. C., Aasen Nilsen, S., Gärtner Askeland, K., Christiansen, Ø., & Hysing, M. (2020). Substance-related problems among adolescents in child welfare services: A comparison between individuals receiving in-home services and those in foster care. *Children and Youth Services Review*, 118, 105344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105344>

- Hestbæk, A. D., Skivenes, M., Falch-Eriksen, A., Svendsen I. M. L. & E. Backe-Hansen (2023). The Child Protection Systems in Denmark and Norway. In Berrick, J., D., Gilbert, N. & Skivenes, M. (eds) *Oxford Handbook of Child Protection Systems* (pp. 75-94). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197503546.013.5>
- Hoffmann, J. P., & Jones, M. S. (2022). Cumulative Stressors and Adolescent Substance Use: A Review of 21st-Century Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 891-905. <https://doi.org/10.1177/1524838020979674>
- Holten, T., & Valset, K. (2025). School-to-work transitions among out-of-home care and aftercare experienced individuals: A Norwegian national register study. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.70103>
- Holtet, M. B. (2021). *Inddragede Unge? Affekt, køn, krop og etnicitet i rusmiddelbehandling til unge*. [Doktorgradsavhandling]. Roskilde Universitet.
- Hopfer, C., Salomonsen-Sautel, S., Mikulich-Gilbertson, S., Min, S.-J., McQueen, M., Crowley, T., Young, S., Corley, R., Sakai, J., Thurstone, C., Hoffenberg, A., Hartman, C., & Hewitt, J. (2013). Conduct disorder and initiation of substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(5), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.014>
- Hughes, B., Matias, J., & Griffiths, P. (2018). Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe. *Addiction*, 113(12), 2155-2157. <https://doi.org/10.1111/add.14372>
- Hynek, K. A., Abebe, D. S., Hollander, A.-C., Liefbroer, A. C., Hauge, L. J., & Straiton, M. L. (2022). The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: A Norwegian register-based study of migrants and non-migrants. *BMC Psychiatry*, 22(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03859-6>
- Hestbæk, A. D., Skivenes, M., Falch-Eriksen, A., Svendsen I. M. L. & E. Backe-Hansen (2023). The Child Protection Systems in Denmark and Norway. In Berrick, J., D., Gilbert, N. & Skivenes, M. (eds) *Oxford Handbook of Child Protection Systems* (pp. 75-94). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197503546.013.5>
- Häggman-Laitila, A., Saloekkilä, P., Satka, M., Toivonen, K., Kekolahti, P., & Ryyänen, O.-P. (2019). The coping of young Finnish adults after out-of-home care and aftercare services: A document-based analysis. *Children and Youth Services Review*, 102, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2019.05.009>
- Johansen, I. (2023). *Et skreddersydd behandlingstilbud krever et samlet behandlingssystem: Profesjonsutøveres erfaringer i møte med ungdoms utfordringer knyttet til psykisk helse og rus* [Masteroppgave]. NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3115147>
- Johansen TB, Jardim PSJ, Blaasvør N, Ames H, Munthe-Kaas HM, Tingulstad A, Berg RC. Gode barnevernsinstitusjoner: en systematisk kartleggingsoversikt. Rapport – 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet (978-82-8406-102-3).
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M. & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 33–47. DOI: 10.1007/s00787-015-0700-x.

- Justis- og beredskapsdepartementet (2022). *Politi og rolleforståelse. Forholdet mellom politiet og Norsk narkotikapolitiforening. Rapport.* Justis- og beredskapsdepartementet.
- Kaittila, A., Alin, M., Leinonen, L., Kraav, S. L., Vornanen, R., Karukivi, M., & Anis, M. (2023). Factors supporting resilience during out-of-home care: Experiences of former child welfare clients in Finland. *Child & Family Social Work*, 28(4), 1121-1130. <https://doi.org/10.1111/cfs.13031>
- Kanestrøm, H., Stallvik, M., Lydersen, S., Skokauskas, N., & Kaasbøll, J. (2024). Adolescents in therapeutic residential care: treatment needs and characteristics. *European Journal of Social Work*, 27(4), 733-747. <https://doi.org/10.1080/13691457.2023.2266779>
- Kayed, N., Jozefiak, T., & Rimehaug, T. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.* NTNU Samfunnsforskning. <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/kayed2015.pdf>
- Kepper, A., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(6), 311-319. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0176-2>
- Khalatbari-Soltani, S., Maccora, J., Blyth, F. M., Joannès, C., & Kelly-Irving, M. (2022). Measuring education in the context of health inequalities. *International Journal of Epidemiology*, 51(3), 701–708. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab058>
- Kind, N., Seker, S., d'Huart, D., Bürgin, D., Jenkel, N., Boonmann, C., Habersaat, S., Urban, S., Fegert, J. M., Clemens, V., Bürgin, D., & Schmid, M. (2023). High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study. *Children and Youth Services Review*, 155, 107290. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2023.107290>
- Klingstedt, M. L., Olsson, T., Ferrer-Wreder, L., & Wångby-Lundh, M. (2018). Relationship quality, well-being and, externalizing problems: The prospective importance of behavior profiles among young women who experienced care in special residential homes. *Nordic Psychology*, 70(1), 47-70. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1339626>
- Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter. Roma 4. november 1950. (Norsk oversettelse).
- KS, & SME. (2025). *6-trinnsmodellen for etikkrefleksjon i helse- og omsorgstjenestene.* Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) & Senter for medisinsk etikk (SME). https://www.ks.no/contentassets/56e6512b6076429aa78d367a2c8e06dd/hefte_etikkrefleksjon_norsk_2025.pdf
- Kunnskapsbasert praksis.no. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis.* Helsebiblioteket. Hentet 18. november fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Kvarmans, P. (2023). *Störande, nedbrytande, vårdande eller utvecklande: skiftande narrativ bland unga om vägen genom svensk substansbruksbehandling* [Stockholms universitet]. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1820946/FULLTEXT01.pdf>
- Kosonen, J., & Kuusisto, K. (2023). Treatment for problematic substance use in Nordic youth: a narrative review from the viewpoint of social services. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(70). <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00580-9>

- Landmark, B. og Olkowska, A. (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi? I: Landmark, B. og Olkowska, A. (red.) *Miljøterapi. Prinsipper, perspektiver og praksis*. Fagbokforlaget.
- Lassemo, E., Anthun, K. S., das Nair, R., Sand, K., & Ådnanes, M. (2022). *Forenklet kunnskapsoppsummering om effekter av tiltak i barnevernet*. <https://kudos.dfo.no/documents/31705/files/28145.pdf>
- Lillevik, G. (2025). Miljøterapi- Rammeverk for omsorg og behandling. I: Lillevik, O.G., Landmark, B. og Ø. Stokvold (red.) *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner. Juridiske, teoretiske og praktiske perspektiver*. 2. utgave. Fagbokforlaget.
- Lillemoen, L., Gjerberg, E. & Nortvedt, P. (2025). Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.) *Etikk i helsetjenesten* (s. 229-238). Gyldendal Akademisk.
- Littell, J. H., Pigott, T. D., Nilsen, K. H., Roberts, J., & Labrum, T. K. (2023). Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 19(3), e1324. <https://doi.org/10.1002/cl2.1324>
- Mandal, R., Wågø, S., Høyland, K., Paulsen, V., & Melby, L. (2019). *Følgforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp*. SINTEF (978-82-14-06860-3). <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2590442>
- Manninen, M., Koivukangas, J., Holm, M., & Lindgren, M. (2022). Lifetime psychiatric diagnoses among adolescents with severe conduct problems - A register-based follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105765>
- Marshall, T., Reeson, M., Loverock, A., Lewis, A. E., King, I., Ilyas, R., Dixon, C. C., Viste, D., Azer, B., Chow, E., Safi, F., Kennedy, M., Abba-Aji, A., & Greenshaw, A. J. (2025). Evidence-based Interventions for Youth With Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders: A Scoping Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-25. <https://doi.org/10.1177/07067437241300957>
- Marthinsen, E., & Lichtwarck, W. (2013). *Det nye barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M., & Azevedo Da Silva, M. (2019). Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(7), e025880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025880>
- Meld. St. 5 (2024–2025). (2024). *Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20242025/id3064959/?ch=1>
- Meneses, J. F., Nguyen, L., & Berg, R. (2016). *Forskning om effekt av rusbehandling for unge som har rusproblemer eller samtidig rusproblem og psykiske plager/psykisk lidelse: Systematisk litteratursøk med sortering*. Folkehelseinstituttet <https://munin.uit.no/handle/10037/31459>
- Morris, M. C., Marco, M., Maguire-Jack, K., Kouros, C. D., Bailey, B., Ruiz, E., & Im, W. (2019). Connecting child maltreatment risk with crime and neighborhood disadvantage across time and place: A Bayesian spatiotemporal analysis. *Child Maltreatment*, 24(2), 181–192. <https://doi.org/10.1177/1077559518814364>

- Mälarstig, I., Tyrberg, M. J., Lundgren, T., & Alfonsson, S. (2023). Experiences of conducting a substance use disorder treatment, A-CRA, in compulsory institutional care for youth. The challenge of promoting openness in a closed, temporary setting. *Children and Youth Services Review*, 148, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106850>
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB. (2014). *Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge. En kunnskapsoversikt* (ISBN 978-82-999613-1-8).
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafuridin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1), 2088. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>
- NOU 2019:26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78d1c46cd04f42f881e1ad0376c09c2e/no/pdfs/nou201920190026000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023:24. (2023). *Med barnet hele vegen - Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3448ea4c535f4d20bbbb1ef4e05fc994/no/pdfs/nou202320230024000dddpdfs.pdf>
- NRK: Instukids <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-instukids>.
- Orri, M., Côté, S., Marttila, M., & Ristikari, T. (2021). Childhood out-of-home placement and pathways to adult socioeconomic outcomes. *Children and Youth Services Review*, 129, 106183. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106183>.
- Ot.prp.nr.45 (2002-2003). Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov). Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Paulsen, V., Thoresen, S. H., & Wendelborg, C. (2023). Outcomes in adulthood among former child welfare services recipients: Findings from a Norwegian registry study covering two decades. *European Journal of Social Work*, 26(3), 411–427. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016646>
- Padyab, M., Eriksson, M., Ghazinour, M., & Lundgren, L. (2020). Unaccompanied minors and court mandated institutional care: A national registry-based study in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104698>
- Pedersen, M. U., Pedersen, M. M., Jones, S., Holm, K. E., & Frederiksen, K. S. (2017a). *Behandling af unge der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M. U., Rømer Thomsen, K., Pedersen, M. M., & Hesse, M. (2017b). Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive Behaviors*, 65, 40-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.09.005>
- Ponnert, L., & Johansson, S. (2024). Professionals' account-making of institutional care for youths. Intertwined discretionary spaces and blurred collaborative practice. *Nordic Social Work Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/2156857x.2024.2342997>
- Prop. 83 L (2024–2025). Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet). Innstilling til Stortinget fra familie- og kulturkomiteen.

- Prop. 133 L (2020–2021). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven. Barne- og familiedepartementet.
- Rantanen, T., Juvonen, T., & Eklund, K. (2025). Reducing the need for child welfare interventions through additional income support: A qualitative analysis of Finnish social workers' views. *Nordic Social Work Research*, 15(2), 269–283.
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2024.2312400>
- Regjeringen. (u.å.). *Rusbehandlingsutvalget*. Regjeringen. Hentet 26. oktober fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/rusbehandlingsutvalget/id3111755/>
- Reime, M. A. (2017). Mellom uansvarlig og kompetent. Forståelser av barnet og rettighetspraksiser blant ansatte i barnevernsinstitusjoner. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 94(1), 22-39. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-01-03>
- Reime, M. A., & Tysnes, I. B. (2021). Youth Experiences of and Views on Un-locked Coercive Placement in Residential Child Care. *Young*, 29(1), 12-27.
<https://doi.org/10.1177/1103308820937560>
- Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (Dokument 3: 13 (2020–2021)).
- Riksrevisjonen (2023) Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til utfordringer i barnevernet Dokument 3:10 (2024–2025).
- Rodríguez-Ruiz, J., Kaakinen, M., Oksanen, A., & Espejo-Siles, R. (2025). The influence of parental substance use on adolescent substance use: A systematic review of moderators. *Journal of Family Theory & Review*.
- Roskam, I., Vancorenland, S., Avalosse, H., & Mikolajczak, M. (2022). The missing link between poverty and child maltreatment: Parental burnout. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105908.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105908>
- Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling (2025). Hentet fra: www.bufdir.no/fagstotte/produkter/saksbehandlingsrundskrivet/
- Slaatto, A. Mellblom, A.V. Kleppe, L.C og Baugerud, G.A. (2021). Safety in Residential YouthFacilities: Staff Perceptions of Safety and Experiences of the “Basic Training Program in Safety and Security. Residential Treatment for Children & Youth, Volume 39, 2022 - Issue 2. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2021.1978035>.
- Slaatto, A. Kleppe, L.C., Mellblom, A.V., & G. A. Baugerud (2023). Youth in Residential Facilities: “Am I Safe?,” “Do I Matter?,” and “Do You Care?,” *Residential Treatment for Children & Youth*, 40:1, 87-108, <https://doi.org/10.1080/0886571X.2022.2082628>
- Skilbrei, M. (2023). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget. 2. utgave.
- Statsforvalterens tilsyn med barnevernsinstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. (2024). Årsrapport 2024.
www.statsforvalteren.no
- Tangen, I. (2016). *Ungdom og rusbehandling med verdigheten i behold. En studie av hvordan ungdom i barnevernsinstitusjon og ansatte vektlegger læringsbasert rusbehandling og*

- relasjoners rolle i behandlingen* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/54582>
- The ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. https://www.euda.europa.eu/publications/joint-publications/espac-report-2019_en
- Thomasius, R., Paschke, K., & Arnaud, N. (2022). Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 119(25), 440-450.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122>
- Thompson, N., & Stepney, P. (red.). (2018). *Social Work Theory and Methods: The Essentials* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315210223>
- Valset, K. (2014). Ungdom utsatt for omsorgssvikt - hvordan presterer de på skolen? Backe-Hansen, Elisabeth; Madsen, Christian; Kristofersen, Lars B; Hvinden, Bjørn (Red.). *Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie*. NOVA.
- Valset, K. (2018). Investigating the link between school performance, aftercare and educational outcome among youth ageing out of foster care: A Norwegian nationwide longitudinal cohort study. *Nordic Social Work Research*, 8(sup1), 79–93.
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1457557>
- Vik, S. & Halså, A. (2022). Ungdom i rusbehandling – overgang til voksenlivet. *Fontene forskning*, 15(2), 4–16.
- Vinnerljung, B., Brännström, L., & Hjern, A. (2015). Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 56, 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.07.001>
- Wangensteen, T. & Jansen, S. D. (2021). Jeg vil jo så gjerne bli en god, trygg og rusfri pappa: Erfaringer fra foreldreseminar med pasienter i rusbehandling. *Fokus på familien*, 49(2), 121–139. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2021-02-04>
- Wangensteen, T., & Dalsrud, M. K. (2023). *Når foreldre ruser seg*. Universitetsforlaget.
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J., Dekovic, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468-481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- Wells, M., Kelly, P. J., Mullaney, L., Lee, M. L., Stirling, R., Etter, S., & Larance, B. (2024). Predictors of alcohol and other drug treatment completion among young people accessing residential and community-based treatment: A retrospective analysis of routinely collected service data. *Addiction*, 119(10), 1813-1825. <https://doi.org/10.1111/add.16602>
- Welsh, J. W., Dopp, A. R., Durham, R. M., Sitar, S. I., Passetti, L. L., Hunter, S. B., Godley, M. D., & Winters, K. C. (2025). Narrative Review: Revised Principles and Practice Recommendations for Adolescent Substance Use Treatment and Policy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(2), 123-142.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.010>
- Winters, K. C., Botzet, A. M., Stinchfield, R., Gonzales-Castaneda, R., Finch, A. J., Piehler, T. F., Ausherbauer, K., Chalmers, K., & Hemze, A. (2018). Adolescent Substance Abuse Treatment: A Review of Evidence-Based Research. In C. G. Leukefeld & T. P. Gullotta (Eds.), *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and*

Treatment (s. 141-171). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90611-9_5

Ådnanes, M., Westby, L, C., L. Kaspersen, S.L., Krane, V., Sommer, M., Kaasbøll, J., Bruteig, R., Halvorsen, T., Thoresen, S. & Paulsen, V. (2024). Helsehjelp til barn i barnevernet. Behov, barrierer og helsetjenestebruk. Sintef, 2024:00195.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide ansatte

Bakgrunn:

Alder

Kjønn

Praksis i barnevernsfeltet, antall år.

Utdanningsbakgrunn:

Kan du beskrive institusjonen og ungdommene som bor her?

Rutiner ved innkommst

- Hva slags rutiner har dere ved innkommst av nye ungdommer?
- Hvordan kartlegger dere rus?
- Hvis ja, kartleggingsverktøy/ annet? Hvis nei, hvordan får dere kjennskap til rusproblematikken?
- Av barnevernet? (henvisningsskjemaet fra bydelen/BFE)
- Hvilke rusmidler er mest utbredt blant unge på denne institusjonen?
- Hvordan oppdager dere rusing blant ungdommene?
- Inne på rommet? Andre steder?
- Rykter? Ser dere «det» (tegn, symptomer)?
- Rustesting?
- Kan du beskrive en typisk episode med rus på institusjonen?
- Hvilke utfordringer opplever du knytta til håndtering av rus?
- Hvordan skiller dere mellom «vanlig ungdoms eksperimentering/testing av rusmidler og problematisk bruk av rusmidler?
- Er det noen ganger nødvendig å ta i bruk tiltak som ungdommene motsetter seg?
- Bruke av tvang for å håndtere rus?
- Bruke av tvangsprotokoll?
- Kan du gi eksempel på tvangsprotokoll som blir skrevet i forhold til rus?
- Er det lenge siden du skrev en tvangsprotokoll som gjaldt rus?
- Hvis ja, hva slags type tvang ble iverksatt?
- Virkninger av tvang – fungerer det?

Forebygging

- Hvordan eller på hvilke måter jobber dere med forebygging av rus inne på institusjonen? Hva lykke dere med når det gjelder forebygging/reduere rusnivået?
- Hva er utfordringene?
- «Smitteffekt» andre ungdommer på institusjonen som introduserer rus til beboere?

Institusjonell praksis og rutiner

- Hva konkret gjør dere når dere oppdager rusing på institusjonen?
- Hvordan erfares det å henvende seg til ungdommene/beboerne som dere mistenker er ruset inne på institusjonen?
- Er det utarbeidet felles rutiner for alle vaktlag?
- Hva innebærer rutinene?
- Hvordan følges rutinene opp?
- Hva kan være/er utfordringene når det gjelder oppfølgingen av rutinene inne på institusjonen?

Kompetanse

- Hvilken kompetanse har dere (videreutd.) når det gjelder rusproblematikk blant unge?
- Hvilken kompetanse savner du eller mangler dere? Konkretiseringer? Hva slags?
- Får dere mulighet til å delta på kurs/utdanning som handler om rus?

Samarbeid med andre eksterne aktører

- Har dere jevnlig kontakt med eksterne tjenester som lege eller annet helsepersonell?
- Hvordan fungerer det?
- Hvilke andre aktører har dere samarbeid med når det gjelder rus? BUP?

Oppfølging og behandling

- Hvilken oppfølging/behandling får de unge når det gjelder rusproblematikk, mens de bor hos dere?
Hva gjør dere i akutte rusutløste situasjoner? (eksempel: mistanke om overdose, veldig ruset osv)
- Hva slags rutiner har dere når det gjelder avrusing inne på institusjonen?
Hender det at dere må avvise vedeføre ungdommen pga rus? I så fall hvor henviser dere?

Avslutning

- Andre ting som er viktige og som vi ikke har spurt om, når det gjelder kartlegging og håndtering av rus blant unge på institusjonen?
- Noe du savner når det gjelder håndtering av rusproblematikk på din institusjon?
- Noe som du mener at dere får til på din arbeidsplass når det gjelder håndtering av rusproblematikk?

Vedlegg 2: Intervjuguide ledere

Bakgrunn:

Alder

Kjønn

Praksis i barnevernsfeltet, antall år.

Utdanningsbakgrunn

Kan du beskrive institusjonen og ungdommene som bor her?

Kunnskap om rus før inntak (henvisningen)

- Hvor mye vet dere om rusnivået før ungdommen flytter inn?
- Har du erfaring med at henvisningen ikke er dekkende når det kommer til info om rus?
- Hva slags rutiner har dere ved innkomst av nye ungdommer?
- Kartlegger dere rus?
- Hvis ja – Kartleggingsverktøy? Hvis nei, hvordan får dere kjennskap til rusproblematikken?
 - Av barnevernet?
 - Henvisningsskjemaet fra bydelen/BFE)
- Hvilke typer av rus strever de unge med?

Intro til rus

- Hvordan forstår du rusmidler?
- Hvilke rusmidler tenker du på?
- Hvilke rusmidler er mest utbredt på denne institusjonen?
- Hvordan oppdager dere rusing blant ungdommene?
- Kan du beskrive en typisk episode med rus på institusjonen?
- Hvilke utfordringer opplever du knytta til håndtering av rus?
- Er det noen ganger nødvendig å ta i bruk tiltak som ungdommene motsetter seg?
- Bruke av tvang for å håndtere rus?
- Bruk av tvangsprotokoll?
- Er det lenge siden du skrev en tvangsprotokoll som gjaldt rus?
- Kan du gi et eksempel på en typisk tvangsprotokoll for rus?
- Hvis ja, hva slags type tvang ble iverksatt?
- Virkninger av tvang for rus – fungerer det?

Institusjonell praksis og rutiner

- Hvordan skiller dere mellom «vanlig ungdoms eksperimentering/testing av rusmidler og problematisk bruk av rusmidler i arbeidet med ungdommene her i institusjonen?
- Hva konkret gjør dere når dere oppdager rusing på institusjonen?
- Hvordan erfares det å henvende seg til ungdommene/beboerne som dere mistenker er ruset inne på institusjonen?
- Hvilke regler gjelder på institusjonen når det gjelder rusing inne på institusjonen?
- Hvilke konsekvenser får rusing, oppbevaring av rus eller kjøp- salg av rusmidler for den enkelte?
- Hvordan erfares bruk av tvangsmidler og hvilke pga rus?
- Hva skjer når man blitt tatt for å ruse seg inne på institusjonen?
- Hva skjer når man kommer ruset hjem til institusjonen?
- Hvor
- Er det utarbeidet felles rutiner for alle vaktlag?
- Og hva innebærer rutinene?
- Hvordan utøves/følges rutinene opp i institusjonen?
- Hva er utfordringene i oppfølgingen av rutinene?

Forebygging av rusproblematikk

- Hvordan eller på hvilke måter jobber dere med forebygging av rus inne på institusjonen?
- Hva lykke dere med når det gjelder forebygging/ redusere rusnivået?
- Hva er utfordringene?
- Hvordan håndtere dere «Smitteeffekt» andre ungdommer på institusjonen som introduserer

Om kompetansen blant ansatte

- Hvilken kompetanse har ledere og ansatte (videreutd.) når det gjelder rusproblematikk blant unge?
- Hvilken kompetanse mangler dere? I så fall hva? Konkretiseringer? Hva slags?
- Hvilken prioritering har kompetanse på rusproblematikk på denne institusjonen? Kursmuligheter for videreutdanning osv.

Oppfølging og behandling

- Hvilken oppfølging/behandling får de unge når det gjelder rusproblematikk, mens ungdommene bor hos dere?
- Hva gjør dere i akutte russituasjoner? Som f.eks. ved mistanke om overdose eller veldig ruset/beruset situasjon?
- Hva slags rutiner har dere når det gjelder avrusing inne på institusjonen?
- Hvilke muligheter har institusjonen for at ungdommen får den oppfølgingen/ behandlingen som dere vurderer som nødvendig for ungdommen?
- Hender det at dere må avvise videreføre ungdommen pga rus? I så fall hvor henviser dere?
- Hva kjennetegner disse ungdommene?

Samarbeid med andre eksterne aktører

- Har dere jevnlig kontakt med eksterne tjenester som lege eller annet helsepersonell?
- Hvordan fungerer det?
- Hva er utfordringene i samarbeidet?
- Hva fungerer i samarbeidet?
- Hvilke andre aktører har dere samarbeid med når det gjelder rus? F.eks: BUP, Utekontakt, rustiltak i barnevernet osv.
- Hvilke samarbeid/ støtte hadde dere ønsker å ha?

Avslutning

- Andre ting som er viktige når det gjelder kartlegging og håndtering av rus blant unge på institusjonen du leder?
- Noe du savner når det gjelder håndtering av rusproblematikk på din institusjon?
- Noe som du mener at dere får til på din arbeidsplass når det gjelder håndtering av rusproblematikk?

Vedlegg 3: Intervjuguide bydelsbarnevernstjenestene

Bakgrunn:

Alder

Kjønn

Utdanningsbakgrunn

Antall år i barnevernstjenesten

Intro: Fortell litt om erfaringene med plassering av ungdom i BFE- institusjoner? Gjerne med utgangspunkt i håndtering av rus. Hva er dine erfaringer?

Vurderinger av plassering i BFE

- Kan du si litt om hvordan dere gjør vurderingene av plassering i BFE- institusjoner?
- Hva som er prøvd ut før av tiltak før BFE-institusjon? Når er BFE- institusjonene aktuelle?
- Hvilke kjennetrekke/ungdommer vurderer dere som aktuelle for plassering i BFE- institusjoner? Problemomfang, alder, andre ting?
- Hvor godt kjenner dere til rusbruk blant ungdommene som er aktuelle for BFE institusjoner?
- Systematisert kartlegging? I så hvilket kartleggingsverktøy bruker dere?
- Andre kilder? Hvem?
- Hvor går grensene for vurdering av rus ifht å henvise til BFE?
- Er det bruken av ulike rusmidler? Mengde? Eller andre ting som avgjør grensene?
- Har rusbruken oppstått før eller i løpet av institusjonsoppholdet?

Rusbehandling utenfor BFE

- Hva kjennetegner saker hvor dere vurderer behov for rusbehandling utenfor BFE?
- Hva er problematisk rusnivå som definerer rusbehandling? Hvordan og hva definerer dere for høyt rusinntak?

Når er det ikke aktuelt å søke plassering i BFE når det gjelder rus?

- Hvis nei til innsøking Hva handler det om?
- Tenker dere at BFE- institusjonene preges av mye rus som gjør at dere vurderer andre tiltak/institusjoner?
- Handler det om kvaliteten i BFE sitt tilbud til barn/unge med rusproblematikk?
- Handler dette om andre tjenester/institusjoner som er bedre egnet?
- Andre ting som avgjør plassering i BFE? Gjerne med eksempler som viser når BFE- institusjoner ikke er aktuelle.

Samarbeidet underveis og avslutning av oppholdet

- Hvilke erfaringer har du med samarbeidet m BFE- institusjonene fra start-underveis og avslutning av oppholdet for ungdommene i din bydel?
- Jevnlig kontakt / avtalte møter?
- Hva består samarbeidet av?
- Hva fungerer, og hva er utfordringene i samarbeidet gjennom oppholdet i BFE?
- Hva fungerer og savnes i samarbeidet med BFE når det gjelder rus?
- Er det noe du savner i tjenestetilbudet til BFE når det gjelder institusjonstilbudet?
- Tenker du at det er behov for institusjoner med rus som spisskompetanse i Oslo kommune? I så fall hvorfor?
- Er det noe du vil fremheve som godt fungerende i institusjonstilbudet til BFE?
- Hva er utfordringene?
- Andre ting som er viktig å få frem når det gjelder håndtering av rus i BFE- institusjonene?

Vedlegg 4: Metodebeskrivelse for dokumentanalysen

Forskningsoppdraget omfatter en dokumentanalyse av institusjonelle praksiser og erfaringer i Norden. Formålet med dokumentanalysen er å sammenstille relevant kunnskap om anvendte praksiser for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Det empiriske grunnlaget består av ulike dokumenttyper, inkludert vitenskapelige publikasjoner, rapporter og offentlige styringsdokumenter fra nordiske land. For å identifisere relevante dokumenter utviklet vi en søkestrategi for et systematisk litteratursøk i relevante databaser (beskrevet nedenfor). Relevante dokumenter om rusrelaterte håndteringspraksiser i barnevernsinstitusjoner spesielt (hoveddokumenter), og kilder om rusrelaterte utfordringer blant unge generelt (supplerende dokumenter) ble vurdert gjennom en strukturert utvelgingsprosess. Hensikten er å beskrive relevant kunnskap om institusjonelle praksiser og erfaringer med rusutfordringer i barnevernsinstitusjoner. Vi tok utgangspunkt i fremgangsmåten for kunnskapsoppsummering (Folkehelsebiblioteket, u.å.), inkludert trinnene:

- Definere formålet med dokumentanalysen
- Utvikle og avklare inklusjonskriterier og analysestrategi i henhold til forskningsspørsmålet
- Beskrive og gjennomføre fremgangsmåten for systematisk litteratursøk og strukturert utvelging av relevante dokumenter
- Hente ut og sammenstille informasjon fra inkluderte dokumenter i henhold til inklusjonskriterier og forskningsspørsmål

På grunn av manglende ungdomsintervjuer i prosjektets kvalitative del inkluderte vi også intervjustudier med institusjonsungdom fra Norden i dokumentanalysen.

Søkestrategien for det systematiske litteratursøket ble planlagt og gjennomført i samarbeid med universitetsbibliotekarer ved OsloMet – Storbyuniversitetet. I denne fasen avgrenset vi sentrale søkeelementer og inklusjonskriterier (se tabell 2.3.1) basert på dokumentanalysens forskningsspørsmål: Hvordan håndteres rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner i Norden? Forskningsspørsmålet og avgrensingene dannet grunnlag for formulering av søkeord til det systematiske litteratursøket etter relevante dokumenter (se siste kolonne i tabell 2.3.1).

Tabell 2.3.1: Søkeelementer og inklusjonskriterier

ELEMENTER	BESKRIVELSE	INKLUSJONSKRITERIER
<i>Rusrelaterte utfordringer</i>	Utfordringer knyttet til rusmidler	Skadelig bruk, misbruk, avhengighet
<i>Rusmidler</i>	Lovlige, ulovlige, uregistrerte	Alkohol, narkotika, medikament, uregulerte substanser
<i>Barneverns-institusjon</i>	Døgnskuttet institusjon	Omsorgs-/ behandlingssinstitusjoner for barn og unge som er plassert utenfor hjemmet
<i>Håndtering</i>	Praksiser på mikro- eller makronivå for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner	Beskrivelse av praksiser/ rutiner/ retningslinjer/ intervensjoner/ e.l. for å møte/ avdekke/ forebygge/ redusere/ e.l. rus på institusjonen
<i>Norden</i>	Nordisk kontekst	Publikasjoner fra en norsk, svensk, dansk, finsk eller islandsk kontekst

Søkestrategi

Søkeordene i det systematiske litteratursøket ble utarbeidet med utgangspunkt i sentrale elementer i forskningsspørsmålet og omfatter tre søkeelementer: *Barnevernsinstitusjon*, *Rusmiddelproblemer* og *Norden*. Søkeelementet «håndtering» ble utelatt fra litteratursøket. Litteratursøket ble gjennomført i relevante databaser⁶¹ med både engelske og nordiske søkeord. Alternative søkeord for alle tre elementer ble kombinert med OR, og elementene ble deretter kombinert med AND (se tabell 2.3.2).

Tabell 2.3.2: Søkeord- og elementer (engelske søkeord)

SØKEELEMENT	SØKEORD OG KOMBINASJONER
Rusrelaterte utfordringer	(Substance* OR drug* OR alcohol* OR narcotic*) AND (use* OR usage OR using OR abuse* OR abusage OR abusing OR addict* OR misus* OR depen* OR disorder*)
Barnevernsinstitusjon	("Out of home placement" OR "Out of home care" OR "Looked after children" OR "Children in care" OR "alternat* care" OR orphanag* OR "orphan home*" OR "child protection unit*" OR "child welfare unit*" OR "children's home*" OR "high support unit*" OR "reception facilit*") AND ((child* OR kid* OR boy* OR girl* OR youth OR teen* OR adolescen* OR "young people" OR "young person*" OR minor OR minors) AND (institution* OR residen* OR facilit* OR "treatment center*" OR "group home*" OR placement*))
Norden	Norway OR Norwegian* OR Nordic OR Scandinavia* OR Denmark OR Danish OR Swede* OR Swedish OR Finland OR Finnish OR Iceland*

Det geografiske søkeelementet (Norden) medførte en betydelig begrensning av antall treff. Universitetsbibliotekarenes erfaring er at det innenfor samfunnsvitenskapene er viktig å bruke supplerende metoder for å få et mer komplett bilde av det undersøkte forskningsspørsmålet. Publiseringstradisjoner og ujevn, uoversiktlig indeksering i databaser kan gi mangler i datamaterialet. I tråd med denne anbefalingen gjennomgikk forskningsgruppen referanselister til dokumenter som ble inkludert i hovedgjennomgangen, og gjennomførte sitatsøk på særlig relevante dokumenter.

Kartlegging og utvelgelse av relevante dokumenter

Utvelgelsen av relevante dokumenter fra litteratursøket ble gjort stegvis (se figur 6.1). To prosjektdeltakere gjennomgikk sammendrag i alle referanser i trefflisten (n = 1478) og vurderte mot inklusjonskriterier hvorvidt referansen skulle inkluderes, ekskluderes eller var uklar. Utvelgelsen ble gjennomført i sorteringsverktøyet Rayyan (Ouzzani et al., 2016) og foregikk blindet, det vil si at prosjektdeltakerne ikke kunne se hverandres beslutning før alle referanser var vurdert. Beslutninger som var like mellom prosjektdeltakerne, ble automatisk inkludert/ekskludert fra den videre kartleggingsprosessen. Beslutninger som ikke var like eller som ble markert som uklare av begge, ble avgjort gjennom diskusjon mellom prosjektdeltakerne.

Referanser som ble inkludert for gjennomlesing og vurdering av fulltekst (n = 106) ble delt mellom de to prosjektdeltakerne. Hver referanse ble vurdert med tanke på innhentet informasjon og inklusjonskriterier, og markert med inkludert eller ekskludert, med begrunnelse.

⁶¹ SocIndex (EbscoHost), Applied social sciences index & abstracts (ASSIA), PsycInfo (Ovid), Web of Science (Clarivate), Oria (på norsk), SwePub (på svensk) og Danmarks Forskningsportal (på dansk) og Google Scholar (på engelsk, norsk, svensk og dansk)

I denne fasen besluttet prosjektdeltakerne at publikasjoner publisert de siste ti årene var mest relevante, og publikasjoner før 2014 ble ekskludert. Videre skilte prosjektdeltakerne mellom dokumenter med søkelys på rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner spesielt (hoveddokumenter; n = 25) og rusrelaterte utfordringer blant unge generelt (supplerende dokumenter; n = 53).

Uthenting og sammenstilling av informasjon

I gjennomgangen av fulltekstreferanser innhentet prosjektdeltakerne informasjon fra alle dokumenter (n = 106) og la dem i et delt Excel-skjema. I tillegg til bakgrunnsinformasjon (forfatter(e), publikasjonsår og -type, publikasjonskanal, land, o.l.) bestod skjemaet for informasjonsuthenting av kolonner for informasjon med relevans for forskningsspørsmålet og delspørsmål (empirisk grunnlag, utvalg (populasjon og antall), kontekst, hensikt med studien, håndteringspraksiser, funn og anbefalinger).

Informasjonen fra inkluderte dokumenter i hovedgjennomgangen ble sammenstilt deskriptivt og analytisk, og diskutert i sammenheng med funn fra den supplerende gjennomgangen. Den deskriptive oppsummeringen omfatter funn knyttet til kartleggings- og utvelgingsprosessen (se figur 6.1), og nøkkelinformasjon om de inkluderte hoveddokumentene (se tabell 6.1).

Den kategoriske sammenstillingen inkluderer funn relatert til aktuelle delspørsmål (se seksjon 6.3 i rapporten), og knytter dem til håndteringspraksiser på mikro- og makronivå (se figur 6.2 i rapporten). Skillet mellom mikro- og makronivå ble gjort med utgangspunkt i egenskaper ved praksisene, og omfatter praksiser på individ-, tjeneste- og samfunnsnivå for å håndtere rusrelaterte utfordringer i barnevernsinstitusjoner. På individnivå omfatter praksis innsats rettet mot enkeltungdommer og deres nærmeste nettverk og omgivelser. På tjenestenivå omfatter aktuelle håndteringspraksiser rutiner, regler, ressurser, fokusområder ved tjenesten, og innhold eller innretting av institusjonstilbudet. Praksiser på samfunnsnivå inkluderer politisk og økonomisk styring, regulering og prioriteringer, kartlegging og kunnskapsutvikling om institusjonspopulasjonen, kvalitetsutvikling av tjenester i barnevernfeltet samt nasjonale innsatsområder og standarder.

I rekrutteringsprosessen til kvalitative intervjuer var målet å gjennomføre intervjuer med ungdommer som var/er plassert eller tidligere har vært plassert i en av BFEs barnevernsinstitusjoner. Det viste seg utfordrende å komme i kontakt med relevante ungdommer i målgruppen. Som følge av dette oppsummerte vi dokumenter der empirien omfatter intervjuer med institusjonsungdom (se seksjon 6.4 i rapporten).

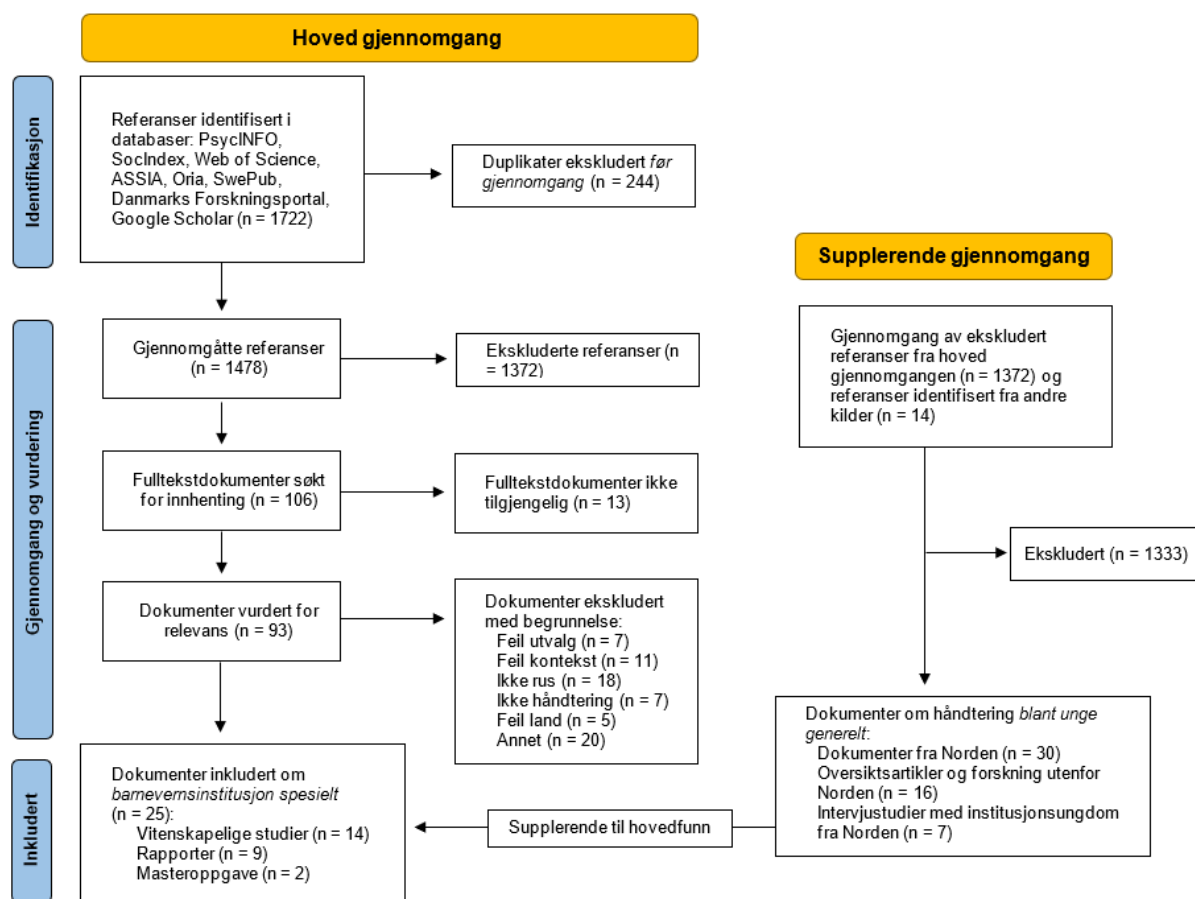
6.1 Søke- og utvelgelsesprosess

Databasesøkene ga 1722 treff inkludert duplikater (se figur 6.1). Etter fjerning av duplikater (n = 244) gikk 1478 referanser videre til kartleggings- og sorteringsprosessen. Referanser som ut fra tittel og sammendrag tydelig ikke oppfylte inklusjonskriteriene (n = 1372) ble ekskludert fra videre gjennomgang. Av gjenværende referanser (n = 106) ble 13 ekskludert grunnet manglende tilgang til fulltekstdokumenter. I alt 93 dokumenter ble lest og vurdert i fulltekst, hvorav 25 ble inkludert for å belyse hovedfunn knyttet til rusrelaterte håndteringspraksiser i barnevernsinstitusjoner i Norden.

I den supplerende gjennomgangen ble både ekskluderte referanser fra hovedgjennomgangen og referanser innhentet fra andre kilder og fremgangsmåter⁶² vurdert og kartlagt (se figur 6.1). I alt

⁶²

ble 1386 dokumenter vurdert i den supplerende gjennomgangen, hvorav 1333 ble ekskludert etter en vurdering av relevans som supplerende kilde for hovedfunn om håndteringspraksiser i barnevernsinstitusjoner. De supplerende dokumentene (n = 53) ble sortert i kategoriene Norden, utenfor Norden og intervjustudier med institusjonsungdom (n = 7). Dokumentene var hovedsakelig vitenskapelige publikasjoner (n = 38), i tillegg til offentlige dokumenter, rapporter og masteroppgaver.



Figur 6.1: Kartleggings- og utvalgsprosess

6.2 Håndtering av rusrelaterte utfordringer på barnevernsinstitusjoner

Deskriptiv oppsummering

Som vist i tabell 6.1 omfatter de inkluderte dokumentene i hovedgjennomgangen ulike publikasjonstyper og presenterer hovedsakelig studier fra Sverige (n = 10) og Norge (n = 9), etterfulgt av studier fra Finland og Danmark. Ansatte, ledere og ungdommer var representert som deltakere i dokumentene.

Se kapittel 6 i rapporten for øvrige beskrivelser og funn i dokumentanalysen.

Tabell 6.1: Nøkkelinformasjon og mønster på tvers

DESKREPTIV OPPSUM	Publikasjons år	2014-2024 (n = 26); Flest fra 2022 (n = 5)
	Type publikasjon	Vitenskapelig (n = 14); Rapport (n = 9); Masteroppgave (n = 2)

	Land	Sverige (n = 10); Norge (n = 9); Finland (n = 2); Danmark (n = 2); flere nordiske land (n = 2)
	Metoder	Kvantitativ (n = 12); kvalitativ (n = 9); kartlegging og oppsummering (n = 4)
	Datagrunnlag	Intervjumateriale (n = 9); kartleggingsdata (n = 8); spørreundersøkelse (n = 4); publisert forskning (n = 3); registerdata (n = 1)
KATEGORISK SAMMENSTILLING	Kunnskaps- kategorier	Systemer og tiltak; Behandlingsmetoder og effekter; Behandlingsforløp og utfall; Ungdommers karakteristikk og behov; Ansattes perspektiver og praksis; Ungdommers erfaringer og relasjoner
	Praksiser- kategorier	Kartlegge/ Avdekke; Begrense/ Skjerme; Forebygge/Behandle
1	Kunnskapsoppsummering, manual	



Barne- og familieetaten

Tilknytnings- og endringsmodellen (TEM)



Miljøterapeutisk modell I
Versjon 1.0

Scenario: En situasjon med miljøterapeuten Henrik

Du er på kjøkkenet og lager middag. Du koker pasta og en kjele med kjøttsaus, mens du står og kutter grønnsaker. To av barna, Anna og Benjamin kommer inn, stiller seg rett innenfor døråpningen og spør hva som er til middag. Anna svarer “æsj” når du forteller hva som står på menyen.

Du oppfordrer dem til å komme med middagsønsker på neste ungdomsmøte. Anna svarer med å si at alle dere voksne suger til å lage mat, så uansett hva dere lager blir det ekkelt. Du svarer at dere gjør så godt dere kan og spør om de vil hjelpe deg. Anna krever at du går ned i kjelleren og henter noe annet. Du svarer at de kan finne seg noe på kjøkkenet hvis hun ikke vil ha middagen du lager. Anna svarer høylytt med å gjenta kravet om at du skal hente noe i kjelleren. Benjamin, som har vært stille til nå, krever også at du går ned i kjelleren. Du svarer at du er opptatt med å lage middag, og ber dem se etter noe annet på kjøkkenet. Da går Anna til kjøleskapet og finner en matboks med middagsrester og heller dem ut på gulvet, stirrer på deg og sier “fuck deg”.

Du rekker ikke reagere før Anna kaster den tomme matboksen i gulvet og strekker hånden inn i kjøleskapet mot en ny gjenstand.

Hva gjør du?

Innledning

Dette dokumentet inneholder en beskrivelse av Tilknytnings- og endringsmodellen (TEM) og hvordan det miljøterapeutiske arbeidet skal se ut på de institusjonene som jobber i tråd med TEM. Vi jobber ut fra tilknytningsforståelse og traumesensitiv tilnærming. Vi vil endre uheldige samspillsstrategier og legge til rette for det enkelte barns utvikling.

Målet er å fremme trygge tilknytningsmønstre og gode relasjonelle erfaringer. Det er viktig for å hele utviklingstraumer og legge til rette for mer normal fungering og atferd. Tiltaket skal bidra til å skape trygghet og stabilitet for barnet, samt legge grunnlag for positiv utvikling på sikt. Omsorgstiltaket vil være for barn og unge, der man vurderer at de ikke kan bo hjemme pga. omsorgssituasjonen i familien. De har ofte opplevd flere brudd i omsorgssituasjonen etter første plassering. Derfor har de ofte utfordringer med relasjoner og tillit til andre mennesker, spesielt voksne. De kan ha behov for langvarig ivaretagelse i institusjon. Fordi det sjelden er den unges egen motivasjon som er årsak til plassering, så har de ikke alltid forståelse for eller ønske om å jobbe aktivt med eget endringsarbeid i denne perioden. Det er ikke alltid ressurser til endringsarbeid heller. Et mål er at den unge kan ta imot og nyttiggjøre seg tilbud og tjenester i nærmiljøet og fra helsetjenester, skole og andre instanser.

Hva er miljøterapi og hvorfor bruker vi det?

Miljøterapi kan forstås som bestående av to komponenter; miljø og terapi. Miljø viser til organiseringen og tilretteleggelsen av betingelsene ut fra den enkeltes og gruppens behov. Inkludert i dette er også tilrettelegging for, og oppfølging av, skole, fritid, samvær med barnets familie, hygiene og rengjøring, struktur i hverdagen og matlaging. Hensikten er å fremme muligheter til læring, mestring og utvikling. Begrepet miljø viser til de rammene og strukturene som terapien utøves innenfor. Miljøet kan for eksempel være at man hver ettermiddag tilbyr middag i spisestuen på institusjonen.

Begrepet terapi består i denne sammenheng av utviklings- og endringsprosesser. Til forskjell fra samtaleterapi, som ofte foregår til fastsatt tid, på et fastsatt sted, og som krever motivasjon og verbale ferdigheter, kan miljøterapi skape slike prosesser uten at man stiller disse kravene, og den kan gis kontinuerlig ved behov. Innenfor miljøterapien benyttes ulike modeller for ulike målgrupper.

Tilknytnings- og endringsmodellen (TEM)

TEM er utviklet for å svekke effekten av omsorgssvikt gjennom nye trygge og stabile relasjonelle erfaringer og traumesensitiv omsorg i en miljøterapeutisk setting.

Metoden inneholder et rammeverk med overordnede føringer for miljøterapeutiske intervensjoner tilpasset den unges psykososiale funksjonsnivå. Et grunnleggende element i TEM er at institusjonen skal imitere et trygt hjem med faste rutiner og med miljøterapeuten som den sentrale aktøren. Miljøterapeuten skal fungere som en trygg tilknytningsperson og bygge tillit og en god relasjon til den unge ved å opptre forutsigbart, sensitivt og med respekt for den unges utviklingshistorie. Målet er å fremme personlighetsutvikling og varig endring av uheldige samspillsmønstre ved at den unge opparbeider tillit nok til å kunne mestre adekvat grensesetting, samt oppsøker miljøterapeuten for hjelp til vansker og følelsesregulering.

Målgruppen for TEM

Hvem er barna og ungdommene?

Metoden kan tilpasses både barn med høyt funksjonsnivå eller kortvarig behov for omsorg, men *passer særlig* for barn og unge som kan ha nytte av langvarig og/eller omfattende omsorg og behandling. Deres måter å uttrykke følelser og smerte kan være kraftfulle og vanskelig å stå i. De har, som sagt, ofte utfordringer med relasjoner og tillit til andre mennesker, spesielt voksne. Denne gruppen barn og unge kan også streve med motivasjon for å endre seg og kan i mange tilfeller mangle ressursene i familie, som kan følge opp under, og eventuelt etter, tiltak.

Ungdommen Annas fortelling, forståelse av situasjonen og indre logikk

Jeg vet at jeg burde være takknemlig for alt det Henrik og de andre miljøterapeutene gjør for meg, men jeg klarer ikke å vise det i situasjonen. Da jeg og Benjamin kom inn på kjøkkenet og så Henrik stå der og røre i gryten, så kom jeg på det han sa i går om hva jeg spiser, at jeg spiser usunt og sånn. Jeg oppfattet at han så på meg på en kritisk måte. I tillegg minnet han meg om pappa og hvordan han alltid laget mat og var huslig før han startet å ruse seg igjen. Dessuten irriterer han meg noe jævlig når han svarer som han gjør. Hvorfor skal jeg hjelpe ham!? Det er han som skal hjelpe meg, han får betalt for det! Jeg ville også vise Benjamin at jeg ikke lar de voksne bestemme over meg. Jeg gikk til kjøleskapet for å få et pusterom, men der var matboksen som jeg skulle hatt med på skolen. Da ble det for mye for meg og jeg kastet matboksen.

Vi har skrevet Annas refleksjon i fortid, fordi det er først i etterkant av situasjonen at ungdommen klarer å formulere disse følelsene og tankene. Refleksjonen er fiktiv, men den er basert på erfaring fra flere samtaler i etterkant av hendelser.

Teorigrunnlag

Teorigrunnlaget for TEM er basert på en rekke teorier om barn og barns utvikling, teorier om psykososial utvikling og skjevutvikling, utviklingspsykologi, teorier om tilknytning, personlighetsutvikling, traumeforskning og nevrobiologi, og teorier om miljø- og psykoterapi. Disse teoriene belyser hvordan omsorgssvikt og traumer påvirker hjernens utvikling, utformingen av personlighet og psykiske vansker. Dette vil igjen påvirke den unges uttrykk i møte med omgivelsene.

TEMs miljøterapeutiske metodikk baserer seg på Differensiert miljøterapeutisk metode¹ og Tilknytningsorientert miljøterapi². I tillegg henter den inspirasjon fra miljøterapeutisk metodikk for barn og unge³, dialektisk relasjonsteori⁴ og den traumesensitive tilnærmingen⁵. Metoden integrerer kunnskap om normalutvikling og skjevutvikling, behandling av alvorlige psykiske lidelser og personlighetsproblematikk, psykoterapi med barn og unge, samt tilknytningsforståelse fra Trygghetssirkelen⁶ og Trygg Base⁷.

I TEM har vi et psykisk helse-begrep som dreier seg om å slå fast hvorvidt normalutviklingens faser er på plass. God psykisk helse kan forstås som at du trives i hverdagen din, at du føler tilhørighet og mening i livet, og at du takler vanlige utfordringer som dukker opp.

TEM har som utgangspunkt at institusjonsplasserte barn og unge fungerer svært ulikt, avhengig av type og omfang av belastninger som de har vært utsatt for gjennom oppveksten. Modellen beskriver denne variasjonen og er organisert tematisk i fem nivåer ut ifra alvorlighetsgrad, med milde vansker i øverste kategori og den mest nedsatte fungeringen i den nederste kategorien. Inndelingen danner et overordnet rammeverk for differensierte miljøterapeutiske strategier, tilpasset det enkelte barns funksjonsnivå.

Beskrivelse av det overordnede rammeverket

Gruppering skjer etter grundig gjennomgang av kartleggingsverktøyet Children's Global Assessment Scale (CGAS), kunnskap om den unges utviklingshistorie og miljøobservasjoner. TEM har hovedfokus på de tre nederste nivåene, fordi det er de som vil trenge miljøterapi som behandling.

¹ Skoglund, 20015

² Amble & Dahl-Johansen 2016

³ Larsen, 2018; Olkowska og Landmark, 2016

⁴ Løvlie-Schibbye, 2009

⁵ Bruce Perry, 2014

⁶ Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin. R., 2014

⁷ Schofield & Beek, 2006



De tre nederste nivåene er sortert etter grad av erfaring med fellesskap, med fokus på at utviklingen skjer i faser, nedenfra og opp.

Grunnleggende tilknytningsforstyrrelse beskriver barn og unge som har vært eksponert for alvorlig og gjennomgående omsorgssvikt, har ofte alvorlige avvikende oppfatninger og forståelse av seg selv og virkeligheten. Mange mangler evne til å tenke abstrakt, tenke i tid, og har store vansker med å organisere og gjennomføre aldersadekvate gjøremål.

Disse belastningene har medført en underutvikling av sentrale hjernedeler og de kan ha en forbausende lav fungering, med funksjonsnivå tilsvarende 0-1 års alder. Noen strever med kronisk fysiologisk underaktivering, andre med fysiologisk hyperaktivering, og noen pendler mellom disse tilstandene. Noen kjenner ikke smerte eller temperaturforskjeller. De har liten forståelse av relasjoner, samspill og/eller hvordan hendelser henger sammen i tid og rom (sekvenser). De har store vansker med selvpplevelse og regulering av følelser og adferd. De har liten forståelse av de sosiale kodene og reglene som styrer sosiale samspill. Det kan komme til uttrykk gjennom et kaotisk eller primitivt samspill.

De kan også fremstå sosialt og emosjonelt tilbaketrukket, og utagere uten tydelige ytre forhåndsvarsler, og uten at omsorgspersonene har gjort noe eller forstått at de har stresset dem. Dersom de har vært utredet i BUP har de som oftest flere diagnoser, som ADHD, Autismespektrumforstyrrelse, Reaktiv tilknytningsforstyrrelse, Moderat psykisk utviklingshemming, Atferdsforstyrrelse.

Alvorlig tilknytningsforstyrrelse beskriver barn og unge med alvorlige relasjonelle vansker. De har samspillsmønstre som har hatt en adekvat funksjon i familien, men som ikke fungerer godt i andre sosiale sammenhenger. Dette er barn og unge med en utviklingshistorie preget av svik, traume og omsorgssvikt. Omsorgsbelastningene har

som oftest medført at de har en fungering som ligger betydelig under deres kronologiske alder.

Fungeringen kommer til uttrykk gjennom at de har store vansker med følelsesregulering og følelsesuttrykk, at de ser seg selv, andre og omgivelser i sort eller hvitt, og kommuniserer sine behov på uhensiktsmessige måter. De vil typisk fremvise utstrakt emosjonell ustabilitet, fiendtlighet, utagering, selvskading, tilbaketrekking, pleasing eller med passiv hjelpeløshet. Tilstandene deres kan skifte raskt, og de skaper ofte konflikt blant personalet eller i andre sosiale settinger. De har som oftest svært redusert evne til å se sitt eget bidrag til konflikt, og vil typisk fraskrive seg skyld og ansvar for egne uheldige handlinger. De fungerer generelt dårlig i større grupper, og fremstår i mye større grad som impulsive og lite gjennomtenkte sammenlignet med gruppen på Nivå 1.

De som har vært utredet i BUP har som oftest diagnoser som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selv om de ikke er 18 år, atferdsforstyrrelse, og/eller ADHD.

Tematisk omsorgssvikt beskriver barn og unge som har vært utsatt for omsorgsbelastninger, men som oftest på et senere tidspunkt i deres utvikling og/eller hvor belastningene ikke har medført betydelig svekkelse av deres psykososiale funksjonsnivå. Gruppen kan ha betydelige reguleringsvansker og redusert impulskontroll, men de har rimelig intakt evne til resonering og abstrakt tenkning i situasjoner hvor de ikke er følelsesmessig overaktiverte. De kan ofte ha symptomer på psykiske lidelser, men har et psykososialt funksjonsnivå innen eller rett i underkant av normalområdet. Dersom de har vært utredet i BUP har de som oftest lettere psykiske lidelser og plager. Erfaringsmessig er dette barn og unge som relativt raskt kan tilpasse seg institusjonens regler og profitte relativt raskt på behandling og grensesetting dersom institusjonens forventninger utøves med respekt og tydelighet. De vil kunne nyttiggjøre seg samtaleterapi og det er sjelden de er plassert på våre TEM-institusjoner.

Oppsummerende er det viktig å merke seg at begrepene *Tematisk omsorgssvikt*, *Alvorlig* og *Grunnleggende tilknytningsforstyrrelse* er beskrivelser til hjelp for forståelse av den unges uttrykksform og for tilpasning av miljøterapeutiske handlinger. Kategoriene bør også forstås som grove og overlappende. Det vil finnes stor variasjon innad i hver enkelt kategori og det er glidende overganger mellom de ulike kategoriene og hvor noen kan befinne seg i et slags mellomstadium. For eksempel kan noen unge primært fungere som en med grunnleggende tilknytningsforstyrrelse, men ha perioder med høyere fungering når situasjonen eller settingen legges til rette for det.

Beskrivelse av kunnskapsgrunnet for de tre nederste nivåene

Vårt menneskesyn er at barn er sosiale vesener som er konstruktive og vil samarbeide hvis de kan og får lov. Den naturlige tilnærmingen da er å forløse samarbeidsevnen deres. Man må se på hvilken evne de har, ikke den evnen de burde ha. Kravene senkes

til man ser barnet samarbeide og gjøre så godt det kan. Ensomhet er problemet og fellesskap er løsningen. Som beskrevet er nivåene sortert etter grad av erfaring med fellesskap, med fokus på at utviklingen skjer i faser, nedenfra og opp.

Dersom et barn ikke får oppleve å være del av et menneskelig fellesskap, vil det kunne utvikle *grunnleggende tilknytningsforstyrrelse*. Dette begrepet innebærer at barnet ikke har erfaring med voksne som både ser og dekker barnets normale tilknytningsbehov. Det kan føre til at ungdommer kan ha store mangler i sin utvikling. De forholder seg til miljøterapeuter og andre voksne på en måte som i hovedtrekk viser manglende sosial forståelse og som, på overraskende måter, viser uvitenhet om alminnelige ting.

Et eksempel på et barn med grunnleggende tilknytningsforstyrrelse:

- Hun er fjern og drømmende og stirrer tomt ut i verden eller på insektene på en trestamme
- Hun har store hygienemangler. Hun griser med mat, med blod, med jord. Hun skyller ikke shampo ut etter dusjing
- Hun har lite søvn, skiller ikke mellom natt og dag og vandrer rundt på natten
- Hun er ukritisk, og blir med ukjente og klemmer alle, hun ser voksne som skygger og glemmer de hun har hilst på
- Hun har mye selvstimulering; hunhopper på trampoline i timevis og onanerer i fellesarealet
- Hun mangler temperaturregulering, og går uten sko i snøen
- Hun kan ikke skille på kritikk av adferden hennes og av henne, alt er kritikk av henne
- Har hun hallusinasjoner? Hun snakker ut i luften
- Hun har lange perioder med hyl, kaos, utageringer
- Hun har vansker med å vente

Barn og ungdom med *alvorlig tilknytningsforstyrrelse* har fått oppleve fellesskap med sine foreldre, i motsetning til de med grunnleggende tilknytningsforstyrrelse, men det fellesskapet er betinget av at de er sine foreldres hjelpere på områder hvor foreldrene ikke klarer å fungere tilfredsstillende som foreldre. Problemet er at de ikke opplever at de er ønsket velkommen som den de er, men som en person som får en omsorgsrolle overfor foreldrene på en eller annen måte. Barnet lærer seg å dele fokus på den voksnes behov som det viktigste, og for å få oppleve fellesskap med sine voksne, vil barnet måtte legge egne behov til side.

Denne omsorgsrollen er så krevende at barnet legger sin egen utvikling til side, og utvikler kanskje alle sine ferdigheter og sitt språk på den voksnes problempremisser. Det er ikke alltid at foreldrene har krevd barnas omsorg, men samspillet innebærer at det blir et snevert fokus som deles, et fokus som trygger og avlaster omsorgspersonene etter barnets beste evne og forståelse. Disse unge kan kategoriseres inn i ti ulike samspillsprofiler med tilhørende miljøterapeutiske tilnærminger. I eksemplet under

skriver vi om en pleaser, men de unge kan ha ulike familieroller; klovnen, det stille barnet, helten, sa problembarnet og andre.

Et eksempel på et barn med alvorlig omsorgssvikt:

- Hun prøver å forstå hva voksne liker, hun er en pleaser
- Hun vil gjerne være hjelpsom, sånn som hun har lært å være det
- Hun går under radaren på skolen fordi det ser ut som hun jobber
- Hun spør miljøterapeutene om sin verdi for dem, for eksempel hva de vil føle dersom hun døde
- Hun har brettekanter eller andre tegn på rigiditet
- Hun har konsentrasjonsvansker
- Hun har ulike samtaler og temaer med ulike voksne (miljøterapeuter, psykologen, læreren), hun fremstår ofte som enig med den hun snakker med og klager på andre

Barn og ungdom som har opplevd *tematisk omsorgssvikt* har et funksjonelt språk, som kan brukes i samtale med andre, i tillegg vil de være i stand til å fungere adekvat når det gjelder viktige allmenne forventninger. Disse barna kan bruke tradisjonell samtaleterapi og det er sjelden de blir plassert. Omsorgen har hovedsakelig vært funksjonell, bortsett fra når det gjelder tabuet i familien, for eksempel tristhet, sinne, selvrepresentasjon, intimitet, mislykkethet. Disse barnas problem var opprinnelig familiens instinktive sanksjoner på at barna av og til viser reaksjoner som utfordrer familiens tabuiserte tema. Det er jo helt allmenne tema som barna helt naturlig vil oppleve og reagere følelsesmessig på.

Foreldrene vil, ubevisst og i sin omsorg for barnets beste, reagere negativt og dermed oppfatter barna at de vil være totalt forkastelige i foreldrenes øyne om det avsløres at de opplever disse temaene. Vi kaller det tabu, fordi det oppfattes av barnet som et slags forbud, noe som ikke må nevnes eller røres ved. De vil derfor unngå å vise, og føle, disse spesifiserte menneskelige trekkene og aldri spørre foreldrene. Dermed oppstår en meget sterk ensomhetsfølelse knyttet til at de opplever å være de eneste i verden som bærer på dette. De får aldri vite at følelsen eller reaksjonen de har, er normal. Eksempelvis, hver gang det allmenne tema tristhet mobiliseres, øker alvoret i den smertefulle tolkningen av egen personlighet, og det utvikles strategier for å holde følelsen hemmelig. Disse unngåelsesstrategiene blir ofte i seg selv en stor byrde ved at de kan bli en del av skamkomplekset, som i sin tur må skjules. I hverdagen kan unngåelsen oppstå når det er aktuelt og naturlig for eksempel å være trist eller sint, men også gjennom situasjoner og emosjoner som ligner på noen av disse følelsene.

Et barn med tematisk omsorgssvikt beskrives som et barn som står mellom et barn med alvorlig tilknytningsforstyrrelse og et normalutviklet barn. Det er disse barna som BUP er ment for:

- Hun har vanlige ferdigheter og er flink til å hjelpe til.
- Hun ser vanlig ut i de fleste sosiale settinger, men kan være nærtakende av og til. Hun kan holde vanlige samtaler.

- Hun ber om hjelp, har venner og klarer skolehverdagen.
- Hun har mye alvor i seg og kan være litt stiv, både psykologisk og i kroppen.
- Hun gjør sjelden ting på impuls.

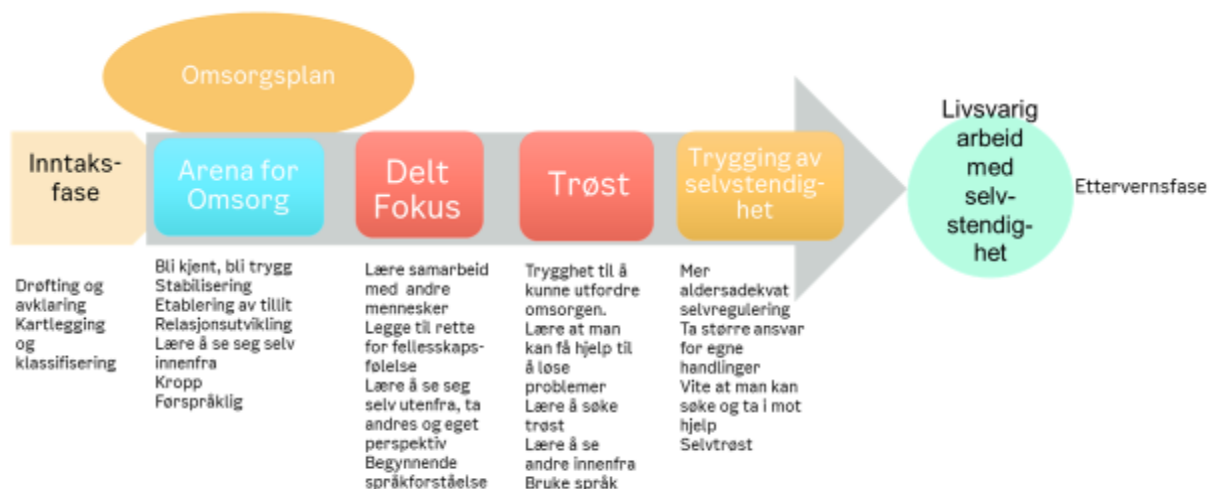
I tillegg til en tilknytningsorientert og utviklingspsykologisk forståelse kan disse fasene forstås med utgangspunkt i nevrosekvensiell inndeling. Det vil si der de ulike hjernenivåene utvikles nedenfra og opp, i faser, fra hjernestammen og lillehjernen, via det limbiske system og opp til korteks. De kan også forstås med utgangspunkt i psykososialt funksjonsnivå, der nivåene klassifiseres gjennom verktøyet for funksjonskartlegging, CGAS; 0-40 (sammenfaller med grunnleggende tilknytningsforstyrrelse), 41-50 (sammenfaller med alvorlig tilknytningsforstyrrelse) og 51-60 (sammenfaller med tematisk omsorgssvikt).

Hvordan jobber vi innen TEM?

Fasespesifikke intervensjoner

Vi har som grunnlag at vi skal forsøke å besvare det som er hvert barns spørsmål: «Er jeg elsket?» og «Mestrer jeg?»⁸. Vår grunnmodell er at barn normalt får besvart disse spørsmålene gjennom at omsorgspersonene er sammen med dem og gir dem allmennmenneskelige erfaringer i tråd med deres utvikling, i faser.

I TEM er det miljøterapeutiske arbeidet delt inn i ulike faser som tar utgangspunkt i grunntemaene og alvorlighetsgraden skissert i modellen på side 4. TEM beskriver hvor det miljøterapeutiske fokuset bør ligge, basert på den unges problematikk og funksjonsnivå. Grunntanken er at den miljøterapeutiske strategien skal etterstrebe å tilpasse seg den unges stressoverveldelse og utviklingsfase. Fasenes varighet vil variere avhengig av hvilket nivå barnet er på. En med grunnleggende tilknytningsforstyrrelse vil som regel trenge mye lengre tid på fase 1 og 2, enn en med tematisk omsorgssvikt.



⁸ Øvreide, 2009

Vår erfaring er at de unge forholder seg til institusjonstilværelsen i faser, som faller sammen med normalutviklingens faser:

Fase 1: Arena for omsorg: Du er velkommen!

Vanligvis er barna og ungdommene rolige og tilsynelatende samlet og balanserte i en kort periode i starten av oppholdet. De samarbeider om innflytting og er lett tilgjengelige for samtaler og aktiviteter. Dersom man ikke er spesielt oppmerksom, vil man rapportere at her er det et barn eller en ungdom som takler situasjonen, og som man forventer vil klare seg fint. Det kan komme kommentarer om at den unge er for velfungerende for institusjon. Her må det ofte tydeliggjøres at vi forventer at det vil være nødvendig med tett oppfølging, til tross for en god start.

Etter den første korte fasen ser vi at den unge kan vise ulike og kraftige følelsesmessige reaksjoner. Denne fasen kan vare lenge. Her ser man ofte at barnet eller ungdommen tilsynelatende blir dårligere i sin fungering, noe som kan føre til en diskusjon om tiltaket er godt nok tilpasset. Her er det viktig å bevare roen og tåle at utviklingen går sakte. På institusjonen er vi forberedt på denne reaksjonsfasen og ser på den som en naturlig utvikling som gir oss mulighet til å jobbe miljøterapeutisk med de unge og familiene deres. Miljøterapeutene er bevisste på at mennesker i krise ofte kan si og gjøre ting som de i ettertid skulle ønske ugjort. De må klare å la utsagn og handlinger passere i påvente av at de unge, og familiemedlemmene, kommer i en tilstand der man kan håndtere reaksjonene på en mer sosialt akseptabel måte.

I fase 1 skal miljøterapeutene tilby arena for omsorg der barnet skal oppleve å være del av et fellesskap, bli ønsket velkommen og bli ivaretatt av sine omsorgspersoner. Begrepet er i overensstemmelse med begrepet Trygg Base. Denne opplevelsen er viktig for utviklingen av trygg tilknytning. Omsorgspersonens oppgave er å stille krav som er tilpasset barnets funksjonsnivå, dekke barnets behov uavhengig av om barnet er i stand til å formulere behovet. Den unge skal lære å forstå seg selv innenfra, gjennom å møte voksne som forsøker å forstå hvordan de har det inne i seg - å se bak adferden.

Arena for omsorg innebærer at personalet presenterer barnet for spebarnets trygghetsform: Vi vet alltid hvor du er. Her skal du være (stedet) og disse skal være her sammen med deg og ta vare på deg (folkene). Dette dreier seg om klimaet for de som er uten relasjon, det er greit at du er her, vi liker eller aksepterer hele deg. Det må være sant og må fornyes hver dag.

Man skal skape en fellesskapsfølelse for den unge. Omsorgspersonens oppgave er å dekke barnets behov uavhengig av om barnet er i stand til å formulere behovet. Den unge vil sjelden ha evnen eller ferdighetene til å nyttiggjøre seg tradisjonelle terapeutsamtaler. Terapeutisk samvær i hverdagssituasjoner er derfor bedre enn terapeutsamtaler. Den unges behov for tilknytningsarbeid innebærer at hen vil ha større nytte av dette. For hen kan selv positive innspill og ros være overveldende og stressende stimulering, fordi hen føler seg forpliktet til å respondere på utspillet, men

kjenner på manglende sosial kompetanse. Hen kan vise kraftige og uventede reaksjoner. En reaksjon er for eksempel sterk tilbaketrekking, der hen løper sin vei eller blir fjern. En annen reaksjon er utagering, der hen skjeller deg ut eller slår deg. Disse reaksjonene vil særlig oppstå dersom opplevelsen av at du forventer noe av hen, er for krevende. Da må kravene dempes ned, slik at hen roer seg.

Eksempel på miljøterapeutiske handlinger innen arena for omsorg, fase 1. Handlingenes er tett knyttet til tilnærmingen som grunnleggende tilknytningsforstyrrelse skal ha, men alle skal oppleve arena for omsorg når de flytter inn:

- Vi skal lære bort at det finnes fellesskap til en som ikke vet hva det er (førspråklig og førrelasjonell.)
- Tilby godt klima: «Her skal du være, vi vet hvor du er og oppsøker deg der.»
- Bygge tillit: «Nå skal jeg gå inn på kjøkkenet, jeg kommer snart tilbake.»
- Være forutsigbare og sensitive voksne, holde fast på strukturene (måltid, legging, skole.)
- Tilby stell og omsorg og spebarnets trygghetsform. Bruke vugging. Klare å gi omsorg, uten å få noe igjen.
- Sette ord på situasjon og tilstand: «Oj, nå var du kald på føttene, skal vi ta på sokker?»
- Ha sensitivitet for barnets kapasitet, nærhet og avstand, ikke ha lange samtaler.
- Tilpasse grensesetting og krav – dosering av stress.
- Bruke avledning: «Nå skal vi gå inn, nå skal vi ikke hoppe på trampolinen lenger.»
- Tilpasse handlingene til barnets toleransevindu, tilstandsavhengig fungering.

Denne fasen er ferdigstilt når den unge viser tillit til miljøterapeutene, gjennom blikk og adferd som viser at de er blitt adskilte personer med ulike kjennetegn.

Fase 2: Delt fokus: Du er verdifull!

Dersom den unge får oppleve å finne ro i omsorgsfulle omgivelser, vil neste fase bære i seg en helingsprosess, der den unge etter hvert klarer å forholde seg til den nye situasjonen og tenke på den på en måte som er akseptabel for ham eller henne. Dersom det ikke gis lang nok tid til å komme gjennom fasen for å finne ro, kan hele utviklingsarbeidet måtte startes på nytt. I verste fall kan helingsprosessen bli hindret av at den unge får en manglende tiltro til at det er hjelp å få.

I denne fasen ser man ofte at barna og ungdommene er mer tilgjengelige for miljøterapeutene, og at de kommer i gang med en del aktiviteter. Her vil man ofte få en diskusjon om barna eller ungdommene trenger like tett oppfølging, fordi de tilsynelatende er velfungerende. Man vil se at barna og ungdommene utvikler seg, men at de jevnlig opplever funksjonsfall, fordi forventningene til fungering blir lagt stadig høyere etter hvert som de klarer mer. Det er viktig å tilpasse forventningene til den unges faktiske funksjonsnivå.

I fase 2 skal miljøterapeutene tilby delt fokus. I denne fasen skal den unge lære å samarbeide med andre mennesker. Den unge skal også lære å forstå seg selv utenfra – gjennom å dele fokus på verden, egne behov og andres behov.

Den unge skal få føle at hen er verdifull som den hen er og at hen ikke må sette egne behov til side for å få være i fellesskapet. Oppgaven er å vise den unge at du liker å være sammen med hen, uansett og at det er fint å se på verden sammen med andre.

Miljøterapien skal dreie seg om å skape kontakt med den unge, som måtte legge seg selv til side for å kunne hjelpe familien sin. Denne innsatsen bygger alltid på kjærlighet og lojalitet. Kunnskap om dette offeret må skinne gjennom i miljøterapeutenes holdning og kommunikasjon, uansett hvor vanskelig og uforståelig barnet har blitt. Barnet som ga det offeret, lever bak en fasade eller maske som kan avlede de voksnes omsorg. Hensikten med miljøterapien er å vekke den unges tillit til relasjonen og åpne for at hen kan slippe masken og oppleve normal utvikling.

Eksempel på miljøterapeutiske intervensjoner innen fase 2, delt fokus: Intervensjonene er tett knyttet til tilnærmingen som alvorlig tilknytningsforstyrrelse skal ha, men alle skal oppleve delt fokus etter at fase 1 er ferdigstilt:

- Vi skal se bak fasaden, «jeg liker deg uansett hvordan du har det».
- Hun skal få bekreftelse på sin verdi og utvikle god selvfølelse.
- Hun skal oppleve samarbeid med andre mennesker.
- Vi skal legge til rette for fellesskapsfølelse.
- Hun skal lære å ta andres og eget perspektiv: «Det er så fint at du vil ta vare på meg, men det er nå engang sånn at det er de voksne som skal ta vare på barna.»
- Vi skal ikke være naive, være et vitne til innsatsen og kostnadene i rollen hun har hatt.
- Vi skal ikke bli fanget i samspillsfella; ikke bli strengere eller mer ettergivende enn vi pleier å være.

Denne fasen er ferdigstilt når den unge ikke må se etter miljøterapeutene hele tiden, at de ikke må forholde seg til om de er for dem eller imot dem. Miljøterapeutene kan oppleve at ungdommen har økt sosial forståelse av dialoger. De er i dialogen uten gamle forbehold knyttet til familierollen og kan snakke om problemstillinger uten rigiditet eller behov for et gitt utfall.

Fase 3: Trøst: Samarbeid er bra!

Her vil man ofte se barn og ungdom som har bedre kontakt med familien sin, og som har knyttet nye relasjoner til andre. De kan ha fått venner. Det er ofte at de viser og uttrykker mer selvstendighet. De kan reflektere mer over hva som er bra, og hva som er utfordrende i livet. De vil være flinkere til å uttrykke når de trenger hjelp til å gjennomføre oppgaver, for eksempel at de trenger følge til et møte eller hjelp til å øve til en prøve. Det er vår erfaring at forventningen til at oppholdet på institusjon skal være midlertidig, fører til at denne fasen ikke gjennomføres på grunn av flytting til annen omsorgsbasis eller hjem.

Miljøterapeutene skal finne og bygge den unges sosiale ferdigheter og overbevise den unge om at det er mulig å finne moro og trivsel i kontakt og fellesskap. Man kan starte med de sosiale ferdighetene som er positive og ikke bundet til tabuet, og styrke og bygge dem og fiske etter ferdigheter som kan frigjøres til bruk. Hvilke aktiviteter er det den unge liker å delta i uten at hen stivner eller unnviker tema? Hvilke leker er det hen engasjerer seg i over lengre tid? I hvilke situasjoner glemmer hen tid og sted? Gjennom denne typen fellesskap får den unge etter hvert se at «problemlivet» er et dårlig alternativ, og at samarbeid er bedre. Evnen til å søke trøst legger grunnlaget for å tåle alminnelig skam og motgang.

Miljøterapeutene skal tilby trøst og forståelse for å utvikle barnets evne til å søke trøst. Evnen til å søke trøst bygges gjennom at barnet opplever å motta trøst nok ganger og over lang nok tid til at barnet har tillit til at den er der når den trengs. Barnet skal lære seg å ha tillit til at det kan gå til omsorgspersonen og få hjelp til å gjøre det vanskelige godt igjen. De skal lære å forstå andre innenfra (evne til mentalisering) - gjennom å oppleve voksne som forståelige og nyttige.

Eksempel på miljøterapeutiske handlinger innen fase 3, Trøst:

Handlingene er tett knyttet til tilnærmingen som tematisk omsorgssvikt skal ha, men alle skal oppleve trøst etter at fase 2 er ferdigstilt. God tilnærming i denne fasen:

- Vi skal ikke problematisere hennes måte å være i verden på, men gå sammen med henne (innimellom kan du gå bare et halvt skritt foran).
- Hun må problematisere temaet selv, og hun gjør det når hun har fått tillit til omsorgspersonen.
- Vi skal møte henne med vitalitet og følsomhet
- Vi må bruke aktiv lytting og pålitelighet i lytting.
- Hun kan ha nytte av vanlig samtaleterapi, fordi her er forutsetningene for dialog tilstede.
- Hun forstår verden omtrent som vanlig og vi slipper å lage en verden for henne slik vi må med de to andre målgruppene. Det kommer ingen brakgjennombrudd slik tillit kan forårsake hos de som er dårligere.
- Vi skal finne de sosiale ferdighetene som ikke er del av tabutemaet; hun er for eksempel glad i å synge, uansett sosial setting
- Vi skal overbevise henne om at det er mulig å finne moro og trivsel i kontakt og fellesskap, til tross for alt det alvorlige i verden.

Denne fasen er ferdigstilt når den unge klarer å hevde alle sine meninger, ønsker og behov uten å måtte ty til unngåelsesadferd.

Fase 4: Trygging av selvstendighet

Når den unge har gjennomlevd de tre foregående fasene er det på tide med trygging av den selvstendigheten og evnen til selvtrøst som hen har utviklet.

Alle barna skal oppleve arena for omsorg når de kommer til institusjonen, uansett utviklingsnivå. TEM vektlegger videre at en ikke kan bevege seg til neste fase *før* den unge har gjennomarbeidet utviklingsoppgavene på trinnet under. Sagt annerledes, en kan ikke forvente evne til delt oppmerksomhet og økende perspektivtakning (delt fokus) før den unge har utviklet betydelig tillit (gjennom arena for omsorg) til miljøpersonalet og institusjonen de bor på. Det er likevel ikke sånn at man flytter oppover til ny tilknytningsforstyrrelse, det er sånn at man utvikler bedre psykososial fungering. Man vil også bevege seg opp og ned i de forskjellige fasene mens man utvikler seg.

Familiearbeid

Fundamentet for forståelsen av familiearbeidet på våre barnevernsinstitusjoner er tilknytningsforståelse. I dette perspektivet blir familiearbeidet sentrert rundt barna og ungdommene, med deres personlighetsutvikling som overordnet siktemål. På samme måte som vi forsøker å tilrettelegge miljøterapien til de unges tilknytningsprofil, så har vi forståelse for at familiene har behov for at foreldrearbeidet blir tilrettelagt spesielt for dem. Oppfølgingen av familien bør være i tråd med den funksjonen som den unge viser; for eksempel at familien til et barn med behov for arena for omsorg/ grunnleggende tilknytningsforstyrrelse skal forstås og møtes med omsorg og lave krav. Det er presisert at foreldre har rett til oppfølging av egne behov, og vi ser at i det lange løp kommer det den unge til gode at foreldrene blir ivaretatt på en god måte.

Den miljøterapeutiske organisasjonen trenger innspill fra samarbeidspartnere utenfor institusjonen. En slik samarbeidspartner er familien.⁹ At foreldrene defineres som samarbeidspartnere, betyr at de *ikke* forstås og møtes som klienter. Denne forståelsen betyr at det må trekkes en tydelig grense mellom familiearbeidet, som en del av miljøterapien, og familieterapi, som en selvstendig terapeutisk arbeidsform med en egen oppgave, et eget territorium og egne roller.

Familiearbeidet bør tilpasses familiemedlemmenes *vilje* og *evne* til å delta i familiesamtaler. I saker hvor både barnevernstjenesten og BUP er samarbeidspartnere sammen med familien, er det viktig å bruke tid på å komme frem til en felles forståelse av hva som er problemet, hva som er målet for endring eller bedring, og hva som er den enkeltes, og så familiens, ansvar i problemløsningsprosessen.¹⁰

Ivaretagelse av hjelperne

I TEM har vi stort fokus på ivaretagelse av hjelperne. Det er ikke nok å være omsorgsfull for å gjøre en god jobb som miljøterapeut. Det er vår erfaring at evnen til å skille mellom egne behov og den unges behov kan bli dårligere på slutten av en vakt eller dersom den unge får et funksjonsfall etter å ha hatt god utvikling lenge. Det er slitsomt å være omsorgsfull lenge, uten å få noe igjen. De unge trenger at miljøterapeutene orker å fortsette å jobbe som før uten at de får noe igjen - som viser at omsorgsarbeidet fungerer. Barna og ungdommene er som de er, og kan ikke avkreves

⁹ Larsen, 2015

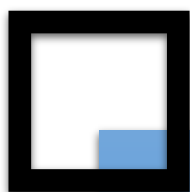
¹⁰ Aamodt, 2011).

gjensidighetskompetanse før man har gitt dem trygghet lenge nok. Derfor må vi i stedet gjøre miljøterapeutene i stand til å jobbe lenge nok.

Den anerkjennende terapeuten deltar med hele seg for å skape en trygg base for den unge. Dette er et terapeutisk arbeid som krever at terapeuten våger å gjøre seg sårbar, og derfor må det også legges til rette for at terapeuten får omsorg¹¹.

Rammer og innhold i arbeidet

Innen TEM gir kunnskapen om at omsorgssvikt og traumer påvirker barnets utvikling føringer til valg av metodikk. Vi deler arbeidsbeskrivelsene inn i *rammer for* og *innhold i arbeidet*.



Ramar for arbeidet

- Struktur
- Terapeutisk samvær
- Funksjonsforståelse
- Familiearbeid
- Medvirkning



Innhold i arbeidet

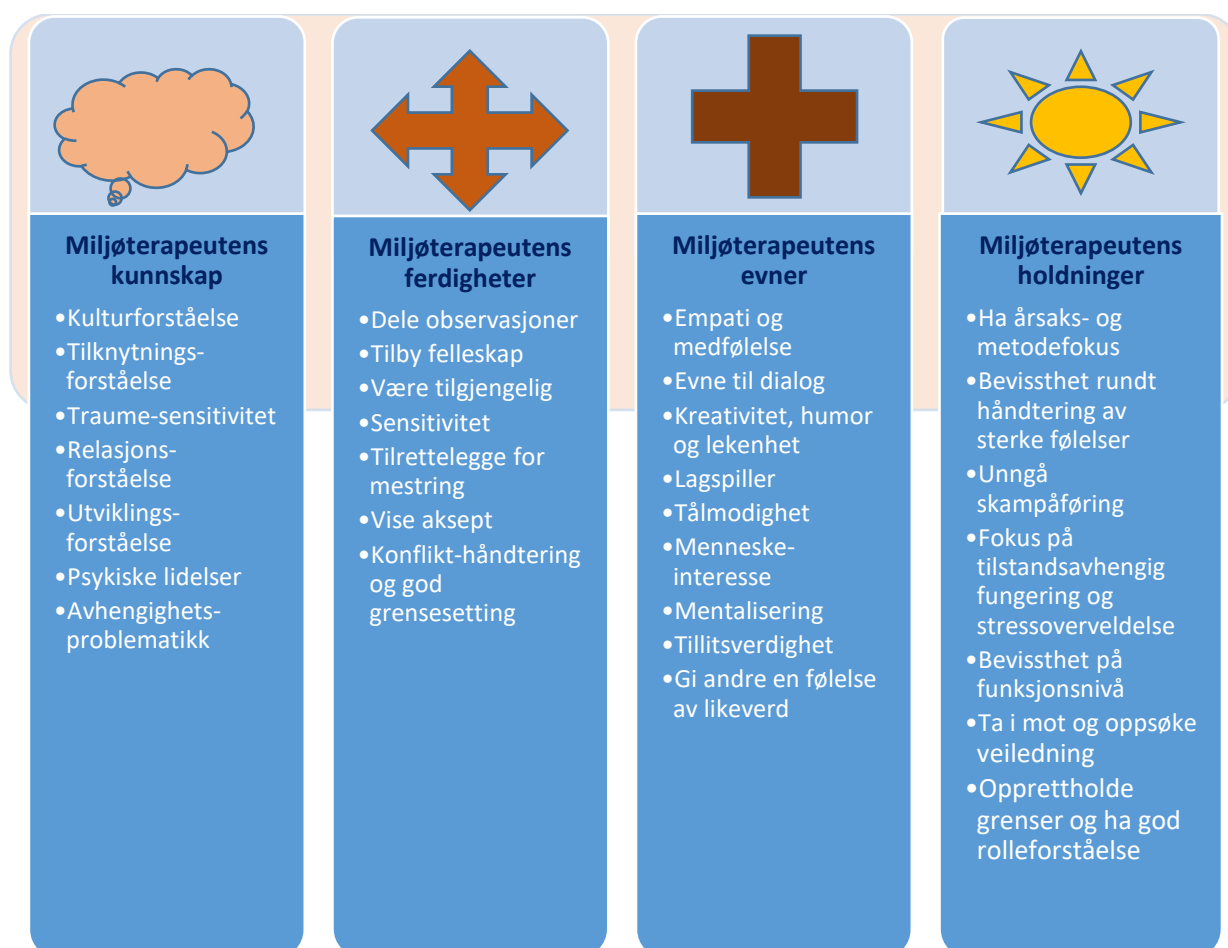
- Relasjonsutvikling
- Ferdighetstrening
- Sanseregulering
- Følelsesregulering

¹¹ Løvlie-Schibbye, 2012.

Hva må miljøterapeuten kunne innen TEM?

Dette dokumentet skal sikre felles forståelse i personalgruppen, og målsetningen er å samkjøre de miljøterapeutiske strategiene som vi har beskrevet.

Fra strategisk kompetanseutvikling¹² henter vi forståelsen av kompetanse gjennom fire kompetansekomponenter: kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger:



Relasjonsforståelse - relasjonskompetanse og etablering av kontakt

Alle miljøterapeutene må ha grunnleggende relasjonskompetanse. Vi forstår relasjonsarbeid som alt arbeid som retter seg mot å utvikle og vedlikeholde en terapeutisk relasjon. En terapeutisk relasjon er blant annet preget av aksept, respekt, empati og anerkjennelse og gjør det mulig å vokse, modne eller heles i kraft av forholdet til den som skal hjelpe. Den som skal hjelpe må derfor ha høy kompetanse i relasjonsarbeid. Vår forståelse av relasjonskompetanse er vid og kan formuleres slik: «Ferdigheter, evner, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker»¹³.

¹² Lai, 2013

¹³ Spurkeland, 2020

Relasjonskompetanse innebærer at vi har kunnskap om at utvikling av relasjoner tar tid. Etablering av kontakt er det første steget i prosessen. Det handler om hvordan vi opptrer og gir oss til kjenne i møte med den unge for å legge til rette for en god relasjon. Hvordan hilser vi ved det første møtet? Det finnes ingen spesifikk metode for kontaktetablering, men snarere noen generelle prinsipper som kan være nyttige å ha reflektert rundt. Det handler først og fremst om å ha en bevissthet om hvordan vi kan oppfattes av andre og at mange unge på institusjon ikke er der frivillig. Det er essensielt å opptre med respekt og sensitivitet overfor den krevende posisjonen og betingelsene som ungdommen befinner seg i.

En generell tommelfingerregel ved første møte er å opptre med åpent kroppsspråk, vennlig blikk-kontakt og bruk av nøytralt toneleie. Unngå tvetydig kommunikasjon som ironi før en kjenner ungdommen litt. Ikke alle ungdommer ønsker å håndhilse eller si hei. Det kan derfor være lurt å få tips av kollegaer som kjenner ungdommen på forhånd, samt ikke ha forventninger om betydelig verbal kommunikasjon. Et vennlig «hei» kan være nok i første omgang, men også det kan oppfattes som krevende. Det er viktig med en bevissthet om at kontaktetablering representerer det første steget i prosessen med å etablere en relasjon med den unge. Det er nettopp gjennom at vi får etablert en relasjon til den unge at vi kan komme i posisjon til å hjelpe dem med det de sliter med og dermed utføre et virkningsfullt miljøterapeutisk arbeid.

Bevissthet om funksjonsnivå

Vi har flere ganger skrevet om funksjonsnivå. Funksjonsforståelse innebærer kunnskapen om at barn og unge fungerer svært ulikt utfra deres utviklingshistorie, og at vi tilpasser miljøterapien til det nivået ungdommen har. Erfaringsvis har mange av våre unge et funksjonsnivå og en oppførsel som ligger mye lavere enn deres alder skulle tilsi, noen ganger så lavt som hos småbarn. Dette kan skyldes både genetikk, manglende omsorg og oppfølging i oppveksten og/eller at de har vært utsatt for traumer. Da kan det være riktig og viktig å lese for dem, vugge dem, sette grenser med bruk av avledning fremfor en orientering om konsekvenser, og ha samtaler som er tilpasset deres reelle funksjonsnivå og ikke deres faktiske alder.

Kunnskap om toleransevinduet og stressoverveldelsesgrensen

Innen TEM må miljøterapeutene også ha kunnskap om toleransevinduet og stressoverveldelsesgrensen. Toleransevinduet¹⁴ brukes særlig i arbeidet med å forstå det traumatiserte barnets vansker. Toleransevinduet refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ – ikke for høyt og ikke for lavt. Det er i denne sonen vi lærer lettest og hvor vi er mest oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner. For alle finnes det til enhver tid en optimal sone for læring og aktivering og en sone som aktiverer oss for mye¹⁵.

¹⁴ Siegel, 2015

¹⁵ Nordanger og Braarud, 2014

Toleransevinduet innebærer at man har fokus på at vi kan reagere på stress med hyper-/overaktivering eller hypo-/underaktivering: «Ens tenkning eller adferd kan bli forstyrret dersom aktiveringen beveger seg utenfor grensen av toleransevinduet. For noen kan dette vinduet være ganske smalt»¹⁶. Høyden på en gitt persons toleransevindu kan variere avhengig av personens tilstand her og nå, hvordan han vurderer følelsen han kjenner på og den sosiale sammenhengen som følelsen oppstår i. Vi kan for eksempel tåle mer stress dersom vi er sammen med mennesker vi føler oss trygge på. Når vi er innenfor vinduet, fungerer tenkeevnen bra.

Begrepet «stressoverveldelsesgrensen» er i tråd med toleransevinduet. Fokus er i hovedsak på den indre tilstanden som personen havner i når kravene overstiger det han kan klare; han havner over stressoverveldelsesgrensen. Han må ha hjelp til å komme seg under grensen for å kunne fungere. Reaksjonen på å være over stressoverveldelsesgrensen kan vise seg som overaktivering eller underaktivering. Noen blir liggende under dyna og klarer ikke å reise seg før opplevelsen av stressoverveldelse er blitt mindre. Noen ganger klarer ikke de unge å komme seg under grensen på egen hånd. Da er det omsorgspersonenes oppgave å hjelpe dem. Det er også omsorgspersonenes oppgave å unngå at de unge havner over grensen.

Miljøterapeutene må også være oppmerksom på «terapeutens toleransevindu» og sin egen tilstand. I møtet med de unges traumer og utviklingsvansker kan de selv havne i en tilstand av underaktivering (for eksempel likegyldighet eller omsorgstretthet) eller en tilstand av overaktivering (for eksempel overinvolvering eller sekundær-traumatisering). Det er stor risiko for at disse tilstandene fører til dårligere oppfølging av de unge.

Veiledning

Som beskrevet ønsker vi miljøterapeuter som tar imot og oppsøker veiledning. Det settes uansett av mye tid til veiledning og refleksjon, både fra psykolog og leder og med kolleger. Det settes av tid til morgenmøter, fagmøter, veiledning, prosessveiledning, evaluering etter vakt, samtaler etter vanskelige hendelser.

For å øke muligheten for selvrefleksjon og for å bevisstgjøre miljøterapeutene på sin egen psykologiske oppbygning, brukes det mye tid i veiledning og på behandlingsmøtene, der miljøterapeutene beskriver sine egne opplevelser i møte med barna og ungdommene. Dersom miljøterapeutene holder følelsene for seg selv, er det ofte en følelse av forakt overfor barna som oppstår. En forakt overfor barn som ikke får til. Forakt leder ofte til avvisning, og det er den opplevelsen som er mest skadelig for barn og unge med utviklingsforstyrrelser og komplekse traumer.

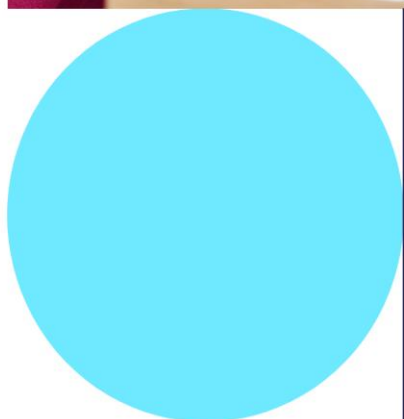
¹⁶ Siegel, 2015

Refleksjon fra en erfaren TEM- miljøterapeut på scenarioet

I det Anna kaster matboksen forstår jeg at jeg har tråkket feil og at jeg må finne en måte å få til dialog med de to ungdommene. Jeg forstår at jeg må reparere og vise at jeg forstår at det ligger noe bak adferden hennes. Mitt hovedfokus er å få til et samspill som ikke stresser ungdommene mer. Jeg vil beskrive det jeg ser, sånn at de hører det. Jeg vil vise at jeg forstår og tåler reaksjonene hennes: «jeg forstår at du er sint nå og at jeg ikke fulgte helt med fordi jeg var så opptatt av å lage middag» eller «nå skjønner jeg at du ble skuffet, du kan få være med sånn at den blir sånn som du ønsker». Jeg vurderer om jeg kan avlede dem med noe, gjennom sansestimulering (lukt, smak, taktilt). Jeg spør dem: «vil dere ha et glass saft eller noe frukt?». Jeg vil samtidig vurdere plassering i rommet, hvor lønner det seg for meg å stå, hvor er utgangsdøren, hvor er løse gjenstander? Jeg vil plassere meg sånn at de to kan gå ut. Jeg vil begynne å gjøre noe, eventuelt fortsette med det jeg driver med. Jeg er opptatt av hvor kollegaene mine er. Kan jeg få kontakt med dem på noen måte? Jeg bruker rolig stemme, går ikke inn i flere diskusjoner, jeg fortsetter også å fokusere på å lage middagen, men er åpen for at jeg kanskje må avslutte.



Systemisk endringsmodell (SEM)



Miljøterapeutisk modell II
Versjon 1.0

Innledning

Både internasjonal og nasjonal forskning viser at barn og unge på barneverninstitusjon strever med alvorlige utfordringer knyttet til psykisk helse. Et norsk landsomfattende prosjekt «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» avslørte at 76 % av ungdom som bor på institusjon oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse. Kun 38 % oppga at de hadde fått psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenestene i denne perioden (Kayed et al., 2015). Systemisk endringsmodell (SEM) er utviklet på Borger With kompetansesenter for barnevern og psykisk helse (BW). Borger With har over flere år vært en institusjon for ungdom med alvorlige og moderate psykiske lidelser med behov for et omsorgsmiljø med kompetanse på psykisk helse. BW har opparbeidet seg kompetanse på målgruppen gjennom erfaring, opplæring, kursing og rekruttering. SEM tar utgangspunkt i denne kompetansen og i dette erfaringsgrunnlaget. I utvikling av dette fagdokumentet har det vært flere bidragsyttere utover de som er nevnt på forsiden; Anette Wallaker Gundersen, Ingrid Sato, Karoline Kåss, Per Erlend Sjøberg, Tom Arne Andersen og Aina Bekkelund.

Systemisk endringsmodell

Systemisk endringsmodell bygger på en flersystemisk forståelsesmodell og tar utgangspunkt i å identifisere utløsende og opprettholdende risiko- og beskyttende faktorer i ungdommen og systemet rundt ungdommen. Gjennom miljøterapeutisk døgntilrettelegging, individuelt endringsarbeid, skolearbeid, og familie- og systemarbeid jobbes det for å redusere og styrke disse faktorene, og fremme videre positiv utvikling. I tråd med Standardisert forløp (Bufdir, 2023), heretter SF, inneholder SEM-forløpet tre faser: Stabiliserings- og kartleggingsfase, utvikling- og endringsfase, og overgangsfase. Det totale forløpet strekker seg over en tidsperiode på 10-18 måneder, men noen ungdommer og deres familier vil ha nytte av hjelp over kortere eller lengere tid.

Modellens første fase, stabilisering- og kartleggingsfasen, foregår de første 8 ukene etter innflytning (jf. første fase i SF). I den første fasen kartlegges det hva ungdommen og familien strever med, hvilke risikofaktorer ungdommen omgis av og hvilke beskyttelsesfaktorer som kan bygges opp. Videre jobbes det med å etablere en terapeutisk relasjon og motivasjon hos ungdommen og familien.

Den andre fasen, utvikling- og endringsfasen, er en intensiv fase av endringsprosessen der hoveddelen av endring skjer. Lengden på fasen tilpasses individuelt til hver enkelt ungdom og familie. Tiltakene består av miljøterapi, individuelt endringsarbeid, familiearbeid, og skole- og nettverksarbeid. Tiltakene skal gå parallelt i alle systemer.

Den tredje og siste fasen, overgangsfasen, omfatter de siste 8-12 ukene hvor ungdommen bor på institusjonen, og 4 første uker etter hjemflytting. Nye ferdigheter skal opprettholdes og anvendes i flere situasjoner slik at ferdighetene blir generalisert. Tiltakene skal være mindre hyppige og ungdommen og familien skal i økende grad ta i bruk ressurser i eget nettverk og lokale hjelpesystemer. Ungdommen vil i økende grad bo hjemme, i annen omsorgsbasis, eller eget bosted. Hensikten med oppfølging etter utflytting er at ungdommen og familien opplever trygghet og forutsigbarhet i en overgangsfase, og at systemene ungdommen naturlig inngår i har etablert rammer og forhold som vil opprettholde de nye ferdighetene og videreføre positive endringer.

Målgruppe og mål

SEM er utviklet for å hjelpe ungdom i alderen 12-18 år med omfattende psykiske vansker og som har behov for midlertidige omsorgsrammer. Ungdommene har ofte fått begrenset hjelp og støtte til å utvikle hensiktsmessige reguleringsferdigheter og kan streve med emosjonsregulering. Dette forstyrrer normalutviklingen. Reguleringsvansker og psykisk strev har ofte over tid skapt utfordrende situasjoner og påvirker ungdommens relasjoner, skolegang og deltagelse i egen familie. Det identifiseres ofte alvorlige risikofaktorer i ungdommen og i systemene rundt. Ungdommen kan ha medfødte utfordringer, psykiske lidelser, sosiale og relasjonelle vansker, reguleringsvansker og har ofte lav selvivaretagelse. I ungdommens familie finnes det gjerne faktorer som svake foreldreferdigheter, høyt konfliktnivå, tidligere vold, rus, uhensiktsmessige kommunikasjons- og problemløsningsferdigheter, samt psykisk uhelse hos foreldre eller søsken. Familiene mangler ofte forståelse for ungdommens vansker og har hatt vansker med å ta imot eller nyttiggjøre seg hjelp fra andre instanser tidligere. Ungdommen strever ofte med å gå på skole, og i skolesystemet kan vi finne risikofaktorer som utilstrekkelig tilrettelegging, manglende kompetanse på psykisk helse i skolesystemet og vanskelige relasjoner til lærere og elever. Manglende oppfølging fra barneverntjenesten, ikke tilstrekkelig tilpasset behandling hos BUP, eller at instanser ikke er involvert, utgjør også risikofaktorer.

Ungdom som vil ha best utbytte av SEM er de som har en omsorgsbasis å flytte til etter endt opphold, og der foreldre eller fosterforeldre er motiverte til å jobbe med familiefungering og foreldreferdigheter. Modellen er også nyttig for ungdom som har et nytt planlagt bosted hvor det finnes støttepersoner som kan involveres i endringsarbeidet under institusjonsoppholdet. SEM kan også tilpasses ungdom uten omsorgsbasis, men ungdommen får da begrenset utbytte av endringsarbeidet i omsorgssystemet, og vil være avhengig av ettervernstiltak fra barneverntjenesten eller psykisk helse i kommunen.

Hensikten med et opphold på SEM-institusjon er å skape nødvendig endring i ungdommen og systemene rundt slik at ungdommen kan flytte tilbake til familien. Ungdommen skal etter opphold i SEM-institusjon ha en varig omsorgsbasis som fremmer videre positiv utvikling, mestre egen psykisk helse, benytte seg av en tilpasset skole eller dagtilbud, og ha et positivt nettverk og fritid.

Dette er målsetninger som er forankret i beskyttelsesfaktorer knyttet opp til god psykososial fungering og psykisk helse.

Teoretisk forankring og kunnskapsgrunnlag

SEMs teoretiske forankring ligger i en sosialøkologisk forståelse av utvikling, støttet av den biopsykososiale modellen, et familierapeutisk perspektiv og teori om sosial læring. Modellen hviler også på forskningsbasert kunnskap om normalutvikling og utvikling av selvreguleringsferdigheter, grunnleggende tilknytningspsykologi, så vel som risiko- og beskyttelsesfaktorer.

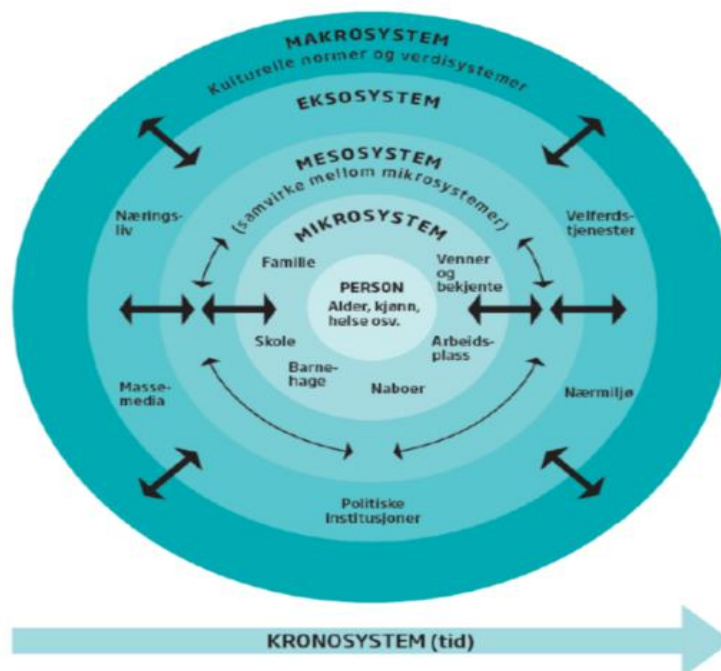
En systemisk forståelsesramme

Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (1979, 1986) viser hvordan barnet er flettet inn i et nettverk av sosiale systemer, omtalt som *mikro*-, *meso*-, *ekso*-, *makro*- og *kronosystem*. *Mikrosystemer* består av mennesker og institusjoner i direkte kontakt med barnet, som familie,

4 • Systemisk endringsmodell • Barne- og familieetaten

venner og skole eller barneverninstitusjonen som ungdommen bor på. Det er hovedsakelig gjennom nære samspillsprosesser, eller gjentatte interaksjoner med mennesker i mikrosystemene, at barnet utvikler seg (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Samtidig påvirkes alt spill i disse systemene av faktorer i de øvrige systemene. *Mesosystemet* består av relasjonene mellom påvirkningsfaktorer i mikrosystemene, som samspillet mellom familie og skole, eller mellom barneverninstitusjonen og familien. *Eksosystemet* inkluderer miljøer som indirekte påvirker barnet gjennom forbindelser til mikro- og mesosystemene, som for eksempel skolens ledelse, foreldrenes arbeidsplass, eller ledelsen på institusjonen der ungdommen bor. *Makrosystemet* består av faktorer som kulturelle normer, og sosioøkonomisk status som påvirker barnet og de øvrige systemene indirekte. Sentralt i barnets utvikling er også *kronosystemet*, som består av hendelser og endringer gjennom livsløpet og påvirkning mellom de ulike systemene over tid. Disse sammenvevde systemene utgjør barnets naturlige økologi.

1: Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (1979,1986).



I forståelsen av psykisk uhelse, tar SEM også i bruk den biopsykososiale modellen for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser (Engel,1977). Modellen tydeliggjør hvordan psykiske lidelser utvikles på bakgrunn av grunnleggende sårbarhet, langvarig eksponering for risikofaktorer og utløsende hendelser. Den biopsykososiale modellen forklarer menneskets helse utfra tre faktorer: biologiske, psykologiske og sosiale. For å behandle disse, må man jobbe med de ulike individuelle faktorene som er til stede.

SEM hviler på en familierapeutisk forståelse av barns utfordringer og muligheter for varig endring og utvikling. I dette perspektivet ligger en forståelse av at psykiske vansker og utfordringer oppstår og opprettholdes i relasjoner, fremfor i individet. Både problemer og løsninger handler om det som foregår mellom mennesker. Relasjoner og samspill her og nå er det

mest sentrale (Johnsen, & Wie Torsteinsson, 2012). Familien, med relasjonene mellom familiemedlemmene, forstås som et unikt sosialt system med sine egne strukturer der alle gjensidig påvirker hverandre. Enhver familie har utviklet sine egne former for samhandling, kommunikasjon, roller og normer, som er av stor betydning for barns utvikling. Noen kan virke utviklingsfremmende, mens andre kan utløse og opprettholde psykiske vansker og utfordring. En konsekvens av det familieterapeutiske perspektivet i SEM er forståelsen av at en positiv utvikling under institusjonsoppholdet kan være betinget til relasjoner og samspill på institusjonen, og vil dermed ikke kunne opprettholdes i familien dersom det ikke samtidig har skjedd nødvendige endringer i familiesystemet.

Andre sentrale begreper i SEM er selvregulering, reguleringsstøtte og toleransevinduet. Selvregulering vil si ferdigheter i å regulere emosjonelle, kognitive, oppmerksomhets-, fysiologiske og relasjonelle prosesser (Calkins & Fox, 2002). Selvregulering utvikles i samspill med omsorgsgiver gjennom god reguleringsstøtte. Reguleringsstøtte innebærer sensitivitet til barnets følelsesmessige tilstand og forsøk på å hjelpe barnet tilbake til en tilstand av ro når barnet viser ubehag, ofte gjennom kroppslig nærhet, rolig stemme og ved å gi barnet pauser. God reguleringsstøtte hjelper barnet å holde seg i og bevege seg tilbake i sitt *toleransevindu* (Nordanger og Braarud, 2017). Toleransevinduet er den sonen for fysiologisk aktivering som er optimal for et individ å være i, og gjør at vi klarer å være oppmerksomt til stede og samhandle med andre (Siegel, 2012). I lys av Bronfenbrenners teori kan vi si at toleransevinduet utvikles gjennom god reguleringsstøtte i de nære samspillsprosessene i barnets viktigste mikrosystem, familien. Daglig reguleringsstøtte antas over tid å bli internalisert slik at barnet utvikler evne til selvregulering. Barn og unge som ikke får tilstrekkelig reguleringsstøtte, og lever med uhåndterbart stress over tid, vil utvikle et sensitivisert stressresponssystem og uhensiktsmessige strategier (Nordanger og Braarud, 2014). Disse barnas vil oftere falle utenfor sitt toleransevindu, og ha behov for omfattende støtte for å kunne regulere seg tilbake.

SEM nyttiggjør også kunnskap om betydningen av tilknytning (Bowlby, 1969). Trygg tilknytning fremmes av at omsorgspersonen er tilgjengelig, oppmerksom og sensitiv til barnets behov, kan hjelpe barnet å organisere dets følelser, tilby omsorg og oppmuntre til videre utforskning. Barn som har erfart mindre forutsigbare og sensitive omsorgspersoner utvikler ulike former for utrygg tilknytning. Tilknytningsteori vektlegger hvordan tilknytning og tidlig samspillerfaring danner indre representasjoner av og forventninger til en selv i relasjon med andre, og spiller en sentral rolle i utvikling av barnets relasjonelle fungering og emosjonelle og sosiale utvikling (Dykas & Cassidy, 2011).

Til grunn for målrettet endringsarbeid i SEM, inkludert SEMs fokus på ferdighetstrening, ligger også en forståelse av at læring skjer i felleskap med andre. Barn lærer og utvikler ferdigheter, strategier og uttrykk gjennom å observere andre, observere konsekvenser av andres handlinger og selv erfare konsekvenser av egne handlinger. Barn søker å forstå hva som er forventet i ulike situasjoner, og søker bekreftelse ved sosial annerkjennelse. Individets tro på egen mestring i ulike situasjoner er også av stor betydning for fungering, så vel som utvikling og utprøving av nye ferdigheter (Bandura, 1977).

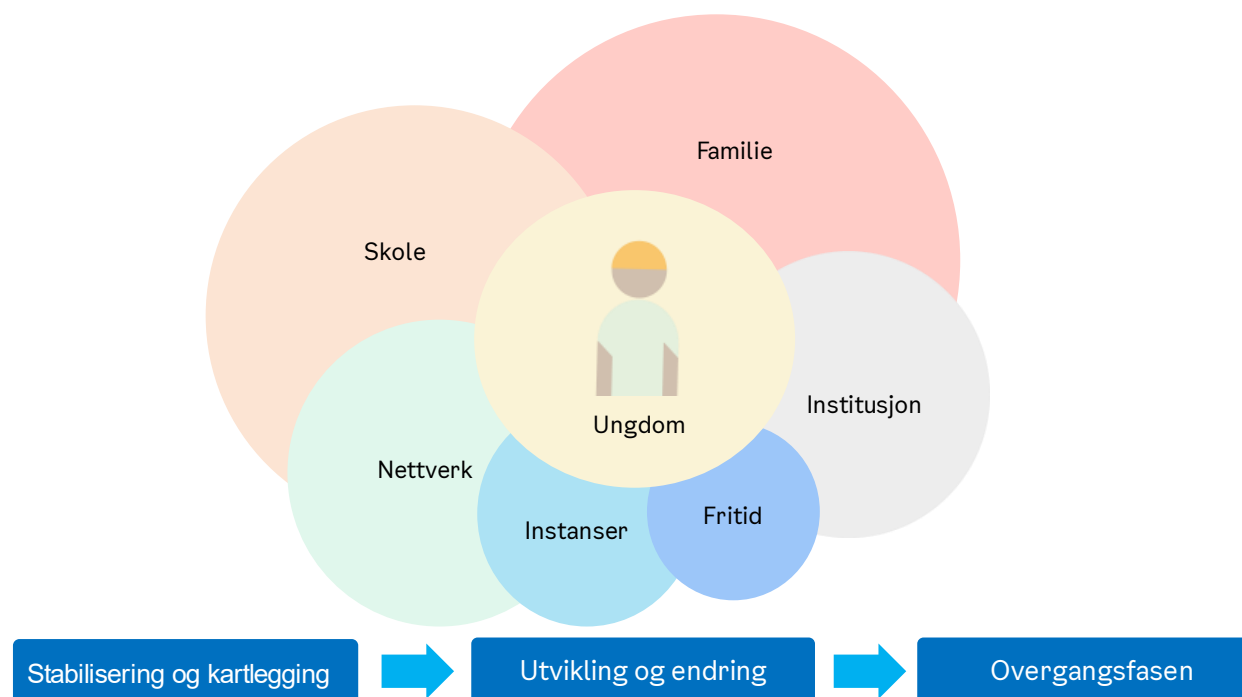
Forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer

Sammen med en sosialøkologisk forståelsesramme, tar SEM utgangspunkt i forskning omkring risiko- og beskyttelsesfaktorer og utvikling av resiliens. En risikofaktor er forhold som øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser og negativ psykososial utvikling i fremtiden. Beskyttelsesfaktorer demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personen er rammet av risikofaktorer (Kvello, 2015 s. 246). Med tilstrekkelig beskyttelsesfaktorer kan barn oppnå resiliens; "god fungering tross risiko" (Borge, 2018). Risiko- og beskyttelsesfaktorer omfatter både genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer. Effekten av beskyttelsesfaktorer synes best når det foreligger betydelige risikofaktorer som har vart over tid. Samme beskyttelsesfaktor kan være virksom mot flere risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorer samspiller med risikofaktorene og reduserer deres negative innflytelse (Kvello, 2015 s. 246). Forskingen på risiko- og beskyttelsesfaktorer viser at det er av stor betydning at tiltak rettes inn mot flere eller alle de aktuelle identifiserte risikofaktorene hos et barn, for å sikre utviklingsfremmende betingelser (Kvello, 2015 s. 248). Forskingen viser også at barn som er utsatt for skadelig eller mangelfull omsorg kan hjelpes ved at man etablerer eller styrker eksisterende beskyttelsesfaktorer (Shonkoff & Fisher, 2013), og slik bidrar til at barna utvikler resiliens.

Systemisk endring: Arbeidet innen SEM

For å oppnå systemisk endring, er SEM rettet mot å gjøre nødvendige endringer i alle systemene ungdommen er en del av. Tilnærmingen i SEM er fasespesifikk, og hver fase inneholder bestemte mål som vil være førende for arbeidet. Dette arbeidet forankres i ungdommens handlingsplan (Jf. SF). Tilnærmingen beskrives videre under modellens tre faser.

Systemisk endringsmodell



Stabiliserings- og kartleggingsfasen (8 uker)

Ved innflytning har det ofte vært vanskelig og kaotisk rundt ungdommen og i familien over tid. Noen familier har forsøkt gjentatte hjelpetiltak som ikke har ført til ønsket endring, og andre har hatt tiltak hvor ungdommen har vært utenfor hjemmet i lang tid. Ungdommens symptomer har ofte eskalert og ungdommens fungering falt. Det er derfor viktig at den første tiden er preget av krisehåndtering og stabilisering, samtidig som det jobbes med å etablere trygge relasjoner, kartlegging og felles mål. Fokusområdene kommer fram i ungdommens handlingsplan gjennom faste delmål.

Stabilisering og trygghet

For å stabilisere ungdommen vil det miljøterapeutiske arbeidet handle om å tilrettelegge omgivelsene slik at ungdommens vansker reduseres og funksjonen øker. Det miljøterapeutiske fokuset vil være på beskyttelse, støtte og struktur. Beskyttelse betyr å trygge, skjerme og ta vare på ungdommen. Beskyttelse er spesielt viktig for ungdommer som har et så lavt funksjonsnivå at de ikke kan ivareta basale behov på en hensiktsmessig måte. Det er viktig å hjelpe ungdommen med å sikre søvn, ernæring og hygiene. Miljøterapeutene skal med sin tilstedeværelse vise tålmodighet, forståelse og varme. I den første fasen er også struktur viktig for å skape forutsigbarhet, ro og stabilitet. Døgnplan, ukeplan og tidsangivelse for lengden på plassering virker stabiliserende. Faste måltider, konkrete husregler å forholde seg til, og forventninger og krav til ungdommen må tilpasses ungdommens funksjonsnivå.

Terapeutisk relasjon og motivasjonsarbeid

Miljøterapeuter arbeider i grensesnittet mellom å være profesjonelle hjelpere og betydningsfulle voksne. Det er i dette grensesnittet vi utvikler troverdige relasjoner. I begrepet troverdige relasjoner ligger en forutsetning om voksne som viser engasjement og tillit, og som tydeliggjør sin rolle ovenfor ungdommen i ord og handling. Relasjonen som etableres mellom miljøterapeuten og ungdommen bør også være terapeutisk. En terapeutisk relasjon er et dynamisk, toveis og gjensidig forhold mellom en profesjonell omsorgsperson og en ungdom (Ramjan, 2004). Ifølge Edvard Bordins (1979) består den av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom ungdom og terapeut, ungdommen og terapeutens oppgaver og terapiens mål. Etablering av en terapeutisk relasjon krever derfor god kontaktetablering, at miljøterapeutene skaper trygghet og tilbyr sensitiv omsorg, samtidig som de etablerer en felles forståelse av hva som er målet med oppholdet og hvordan man skal jobbe sammen for å komme dit.

Når man etablerer felles forståelse og mål, vil det være behov for å jobbe med motivasjon ⁽¹⁾. Mange av familiene og ungdommene er ambivalente til endring og mangler motivasjon for å gå inn i en endringsprosess. Samtidig har de fleste et ønske om å få en endring i livet sitt. Motiveringsarbeidet må ta utgangspunkt i ungdommens prosjekt og at man sammen finner frem til elementer av ønsket endring. Det er derfor viktig kartlegge hva som kan motivere ungdommen til endring. Det kan handle om å hjelpe ungdommen å se hva hen ønsker for seg selv på lang eller kort sikt, og støtte opp om mulige utviklingsfremmende mål. I dette arbeidet jobbes det individuelt med ungdommens ambivalens og ungdommen hjelpes til å utforske fordeler og ulemper med å gå inn i endringsprosjektet. Det legges vekt på å gi ungdommen annerkjennelse og positiv oppmerksomhet. I følge Deci & Ryan (2000) oppstår indre motivasjon først når de grunnleggende

¹ Motivasjon defineres gjerne som «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål (Kaufmann & Kaufmann 2009).

psykologiske behovene selvbestemmelse (autonomi), mestring (kompetanse) og tilhørighet, er dekket.

Det er derfor av stor betydning at ungdommen selv får være med å bestemme hva hen ønsker å få ut av oppholdet.

Ettersom det kan ta tid å oppnå stabil indre motivasjon, kan det være behov for å bruke ytre motivasjonsfaktorer. Bruk av ytre motivasjonsfaktorer i korte faser kan øke sannsynligheten for at ungdommen velger å prøve ut samarbeid, aktivitet og ferdigheter, som igjen vil kunne gi opplevelse av mestring og autonomi, og vil kunne styrke den indre motivasjonen til videre endring. Motivasjonsarbeidet strekker seg langt utover den første fasen i forløpet.

Kartlegging

Hensikten med kartleggingen er å danne seg en helhetlig forståelse av ungdommens fungering i lys av den sosiale økologien ungdommen lever i. Kartleggingen skal danne grunnlag for en individuelt tilpasset handlingsplan.

Det er viktig å få oversikt over hvilke utfordringer og ressurser ungdommen har og risiko- og beskyttende faktorer i ungdommen selv og i de systemer ungdommen er en del av. Vi innhenter informasjon om ungdommens utviklingshistorikk, psykisk og fysisk helse, funksjon og selvhjelpsferdigheter eller ADL ferdigheter (Activity of Daily Living), sosial og emosjonell fungering, samt hvordan ungdommen fungerer på skolen. Det er også viktig å kartlegge ungdommens venner, nettverk, interesser og ressurser, kulturell tilhørighet og identitet. I familiesystemet kartlegges familiens historie, kulturell tilhørighet og identitet, nettverk, roller og samspillsmønstre, problemløsningsstrategier og kommunikasjonsferdigheter, samt ressurser. Videre kartlegges foreldres påvirkningsfaktorer, foreldrefunksjon og styrker. I skolesystemet kartlegges ungdommens faglige og sosiale fungering, behov for tiltak på skolen og skolens ressurser og kompetanse på psykisk helse. Videre ser vi på hvilke instanser som er inne med tiltak i familien, tiltakshistorikk, samarbeidsklima og informasjonsflyt mellom tjenestene og familiens behov for bistand fra andre instanser/tiltak. I kartleggingen brukes strukturerte kartleggingssamtaler, genogram og nettverkskart, livslinje, observasjon, ASEBA, og dokumentgjennomgang. Genogram, nettverkskart, livslinje og ASEBA er detaljert beskrevet i SF og vil derfor ikke beskrives ytterligere her.

Det er utviklet strukturerte kartleggingsmaler som skal gjøre det enklere å identifisere risikofaktorer og utfordringer, ressurser og beskyttelsesfaktorer i de ulike systemene. I tillegg bruker vi *observasjon* som metode. Observasjon i denne sammenheng innebærer oppmerksom iakttagelse av ungdommens fungering og ferdigheter i ulike relasjoner og sammenhenger. Miljøteamet observerer blant annet ungdommens ADL-ferdigheter, reguleringsevne og sosiale ferdigheter i samspill med andre ungdommer og personal. Familieterapeuten og miljøteamet observerer dynamikk i familien. I observasjon av familiefungering får man også vesentlig informasjon om foreldrenes fungering, foreldreferdigheter og samspillsmønstre som kan være opprettholdende eller dempende for ungdommens utfordringer. Det er også nødvendig å få tilgang på relevante dokumenter fra barneverntjenesten og samarbeidende instanser. Spesielt viktig er dokumenter som epikriser fra spesialisthelsetjenesten, sakkyndige rapporter fra PPT, og dokumenter fra sakshistorikk i barneverntjenesten.

Analyse av påvirkningsfaktorer og utvikling av handlingsplan

Etter kartlegging gjøres det en vurdering av de ulike risiko- og beskyttelsesfaktorenes betydning for ungdommens utvikling av de psykiske vanskene. Det gjøres også analyser av hvilke faktorer som opprettholder ungdommens utfordringer på de ulike arenaene. Kartleggingsinformasjon og analyser danner grunnlaget for ungdommens handlingsplan gjennom den neste fasen, utvikling og endringsfasen. Handlingsplanens delmål rettes mot å bedre eller opprettholde god fungering på skole, i familie, på fritid og med venner, samt mestre egen psykisk helse. Virkemidlene rettes mot å endre de identifiserte opprettholdende faktorene. Det analytiske arbeidet og utvikling av handlingsplanen gjøres av teamet rundt ungdommen, i samarbeid med psykologen tilknyttet institusjonen.

Utviklings- og endringsfasen

Den andre fasen, utvikling- og endringsfasen, er der hoveddelen av endring skjer. Tidsrammen for denne fasen tilpasses hver enkelt ungdom, men det er viktig at endringsarbeidet har en klar tidsplan. Endringsarbeidet skjer gjennom samtidige prosesser av tilpasset miljøterapi, individuelt endringsarbeid, familiearbeid, samarbeid med skole, og samarbeid med involverte instanser og øvrig nettverk. Gjennom endringsfasen skal ungdommene også i økende grad trene på å være mer med familie, eller i annen base der ungdommen skal bo etter oppholdet i institusjonen.

Grunnleggende miljøterapi i SEM

Miljøterapi handler om å organisere miljøet og legge til rette for forandring og utvikling (Larsen, 2022). Miljøterapi kan forstås som bestående av to komponenter; miljø og terapi. Miljø viser til den systematiske og gjennomtenkte organiseringen og tilretteleggelsen av tiltakets relasjonelle, psykologiske, sosiale, materielle og fysiske betingelser ut fra den enkelte og gruppens behov. Inkludert i dette er også tilrettelegging for, og oppfølging av skole og fritid, samvær med barnets familie, rengjøring, struktur i dagen og matlaging. Hensikten er å fremme muligheter til læring, mestring og utvikling. Begrepet miljø viser til rammene for, og strukturen i, tiltakene, som terapien utøves innenfor. Sentrale komponenter i den grunnleggende miljøterapien er relasjon og trygghet, struktur og rammer, regulering og utvikling av ferdigheter og fokus på ressurser og mestring. Forståelse og tilnærming er også i samsvar med de tre grunnpillarene i traumesensitiv omsorg: trygghet, forbindelser og regulering (Bath, 2008, 2015). Forståelse av og forventninger til ungdommen, så vel som miljøterapeutisk tilnærming, må også tilpasses hver enkelt ungdoms generelle fungering, emosjonelle og sosiale utviklingsnivå, evnenivå, og kulturelle tilhørighet. I tillegg har SEM tilpassede miljøterapeutiske strategier til ulike psykiske vansker og lidelser, som beskrives lengre ned i dokumentet.

Relasjon og trygghet etableres i første fase, men er også en viktig del av miljøterapien i resten av forløpet. Ungdom med negative relasjonserfaringer har særlig behov for nye positive relasjonserfaringer over tid, som vil virke beskyttende i videre utvikling. Gode, troverdige relasjoner er nødvendig for å sikre trivsel, trygghet og for at miljøterapeutene skal opprettholde sin posisjon til å hjelpe. Miljøterapeutene utvikler og opprettholder troverdige relasjoner ved å være tilgjengelige, sensitive, tydelige, utholdende og forutsigbare.

Rammer og strukturer er elementer ved institusjonshverdagen som gir trygghet og forutsigbarhet, og bidrar til at ungdommen utvikler hverdagsferdigheter og reguleringsferdigheter. Døgnstruktur og faste måltider sikrer blant annet basale behov som søvn og ernæring. Faste måltider i

hverdagen er også regulerende for ungdommen og fremmer tilhørighet til miljøterapeutene og de andre ungdommene. Husregler, innetider og regler for hvordan ungdommen skal opptre sammen med voksne og andre ungdommer er viktig for utvikling av ungdommens sosiale og emosjonelle ferdigheter. Formidling av normer og regler som er gjeldende i samfunnet er også viktige elementer i miljøterapien. Med struktur og rammer kan også miljøet tilrettelegges slik at det blir enklere for ungdommen å ta gode valg.

Reguleringsstøtte og utvikling av ferdigheter er også sentrale prinsipper i den grunnleggende miljøterapien i SEM. Ettersom reguleringsvansker ofte har skapt utfordringer for ungdommen på flere arenaer, blir det viktig å styrke ungdommens ferdigheter i følelsesregulering. Miljøterapi med relasjoner, trygghet, struktur og rammer er regulerende i seg selv for ungdommen. I tillegg bidrar miljøterapeutene med god reguleringsstøtte gjennom sensitivitet til ungdommens emosjonelle tilstand, og toleransevindu, samt bevisst bruk av stemmeleie, kroppsholdning, pauser og tilpasset stimulering.

Ungdommene er deltakere på flere sosiale arenaer med ulike koder, som krever ulike typer kompetanse. Miljøterapeutene jobber bevisst med å tilrettelegge og gi støtte til deltakelse i aktiviteter slik at ungdom innenfor trygge rammer får observere, trene, erfare, feile og mestre på flere arenaer. De viktigste arenaene for sosial trening for våre ungdommer er institusjonen, skole eller arbeid, familie og venner. På institusjonen tilrettelegges det for deltakelse i fellesskap med andre ungdom og voksne gjennom blant annet felles treffpunkter, felles måltider, kveldsaktiviteter og husmøter. Fellesaktiviteter kan gi muligheter til å utvikle nye ferdigheter for å fungere i sosiale situasjoner. Ungdomsgruppen brukes slik som en aktiv ressurs og treningsarena. Miljøterapeutene er også viktige voksenmodeller som ungdommen observerer og lærer av.

Å ha fokus på mestring og ungdommens ressurser og interesser er viktige elementer av miljøterapien i SEM. Ungdommene har ofte en forhistorie med mange nederlag, både med tanke på familie, venner og skole. En viktig forutsetning for god psykisk helse er å oppleve seg selv som kompetent på en del områder i livet. Derfor blir ungdommene tilbudt aktiviteter som gir mestringsopplevelser, både individuelt og i fellesskap. Miljøterapeutene skal motivere ungdommene til å våge seg i nye situasjoner og aktiviteter som kan bidra til mestring. Positiv oppmerksomhet og anerkjennende tilbakemeldinger vil føre til økt mestringsopplevelse og motivasjon. Siden mestring er knyttet til ungdommenes *opplevelse* av mestringen, kan det også være nødvendig å hjelpe til med å bevisstgjøre ungdommene om at mål er nådd og med erkjennelse og opplevelse av mestring.

Tilpasset miljøterapi etter psykiske lidelser

Ungdommene i SEMs målgruppe har psykiske lidelser eller vansker som skaper utfordringer på flere områder. Denne målgruppen trenger, utover grunnleggende miljøterapi, også miljøterapi som er tilpasset deres psykiske lidelser.

Tilknytnings- og traumeproblematikk. De fleste av ungdommene i SEMs målgruppe har vært utsatt for omsorgssvikt eller andre traumatiske belastninger over tid. Dette har hos noen ført til alvorlig tilknytningsproblematikk eller utviklingstraumer, og ungdommens fungering på ulike områder kan avvike sterkt fra ungdommens kronologiske alder. Den grunnleggende miljøterapien i SEM er tilpasset denne målgruppen i sitt fokus på reguleringsstøtte, relasjoner, traumesensitiv omsorg og individuell tilpasning av krav og forventninger. Noen ungdommer har vært utsatt for komplekse og alvorlige traumer som har ført til PTSD. Miljøterapien for denne gruppen må ta

utgangspunkt i den traumespesifikke forståelsen for ungdommenes vansker. Denne gruppen kan være sterkt preget av angst, unngåelse og fysiologisk aktivering. De miljøterapeutiske strategiene bør ha fokus på trygging, regulering og relasjon. Det viktig at den individuelle tilretteleggingen ikke opprettholder unngåelsesatferd. Det bør også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten lages en plan for hvordan institusjonen aktivt kan jobbe med triggere og unngåelsesatferd.

Autismespekterforstyrrelse. Ungdommer som er diagnostisert med autismespekterforstyrrelser (ASF) strever blant annet med sosialt samspill, kommunikasjon og språk, emosjonell kompetanse og eksekutive funksjoner. De har ofte snevert interessefelt og kan ha store vansker med å endre en etablert forståelse. Denne gruppen har ofte høy forekomst av andre psykiske lidelser, spesielt angst og depresjon. Ungdommer med ASF trenger i enda større grad enn andre tydelige rammer og struktur. Døgnstruktur, faste tidspunkter og avtaler, og tydelige regler med få unntak, skaper trygghet og reduserer stress og angst hos denne gruppen. De fleste har behov for hjelp til organisering, planlegging og gjennomføring. Planer, regler og avtaler bør være skriftlige, slik at det gir lite rom for feiltolking og vurdering. Det må også brukes et enkelt språk, både skriftlig og muntlig, uten bruk av metaforer og ironi.

Denne ungdomsgruppen trenger mer hjelp enn andre til regulering på basalt nivå. De kan blant annet trenge hjelp til å finne balanse mellom aktivitet og hvile, temperatur, hygiene og ernæring. Hverdagslige krav og forventninger bør reduseres og tilrettelegges spesifikk for denne gruppen. Grunnet vansker med relasjoner og sosial kompetanse kan ikke miljøterapeutene forvente at gjensidighet er til stede i relasjonen, og å danne relasjon vil ta lengre tid. Relasjonen vil bli en viktig motiverende og regulerende faktor i det videre endringsarbeidet. Miljøterapeuten må skape en ramme for det sosiale samspillet og hele tiden tilrettelegge og justere seg etter ungdommens forutsetninger.

Emosjonell ustabilitet. Denne ungdomsgruppen strever i stor grad med regulering i form av sosiale, emosjonelle og atferdsmessige ferdigheter. De har ofte en tilknytningsproblematikk som gjør at de har store relasjonelle vansker, og i liten grad har tillit til voksne. Å arbeide med trygghet, tilhørighet og relasjon er spesielt viktig for denne gruppen. Ungdom med emosjonell ustabilitet kommer ofte ut av sitt toleransevindu og har behov for omfattende reguleringsstøtte. Det er viktig at miljøterapeuten avventer dialog rundt vanskelige temaer til ungdommen er innenfor sitt toleransevindu. Det er spesielt viktig for denne gruppen at miljøterapeutene er samkjørte og ikke gjør unntak eller inngår i lange diskusjoner eller forhandlinger. Disse ungdommene trenger ofte hjelp med mentalisering for å forstå andre, og for å se seg selv utenfra. Mange trenger også hjelp til å sette grenser for seg selv og redusere risikofylt atferd. Det er viktig at miljøterapeuten har forståelse, tålmodighet, lave krav til gjensidighet i relasjonen, tåler avvisning og forholder seg emosjonelt nøytrale i samspillet.

Flere i denne gruppen strever med selvskading eller hyppige selvmordsforsøk. De strever også ofte med relasjonelle strategier, der de søker omsorg gjennom å formidle symptomuttrykk og smertefulle erfaringer. Ungdommen må oppleve seg validert og forstått, samtidig som de får hjelp til å utvikle andre relasjonelle ferdigheter. Det er avgjørende at miljøterapeutgruppen har en felles tilnærming til hvordan de skal møte ungdommens strategier. Det er også viktig at systemene rundt har en felles tilnærming. Institusjonen bør samarbeide tett med spesialisthelsetjenesten for å samkjøre behandlingsstrategier, og vurdere selvmordsrisiko og behov for akuttinnleggelse. Det er spesielt viktig med denne gruppen å ha gode trygghet- og mestringsplaner, og at det arbeides

aktivt med å etablere mer hensiktsmessige reguleringsstrategier, slik at ungdommens symptomuttrykk og smerte kan avhjelpes uten akuttinnleggelse.

Spiseforstyrrelser. Denne gruppen kjennetegnes ved at tanker, følelser og atferd rundt mat og vekt begrenser livsutfoldelse og forringer livskvaliteten. I denne gruppen finnes det ulike type spiseforstyrrelser, som anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Ofte er spiseforstyrrelsen eller problematikken rundt mat sekundært til andre psykiske lidelser og vansker. Felles er ofte at ungdommene primært strever med reguleringsvansker. Miljøterapien for denne gruppen må ta utgangspunkt i reguleringsstøtte og at ungdommen skal tilegne seg følelsesreguleringsferdigheter. Denne gruppen trenger i større grad en annen ungdom tett samarbeid med helsetjenester. Ernæringsplaner, vektkontroll og vurderinger rundt forsvarligheten av vekt og ernæring må utføres av fastlege eller medisinsk personell på BUP. Det må være tydelige ansvarsfordeling mellom de ulike tjenestene for å sikre liv og helse. Det må etableres egne planer og tilpasninger rundt mat på institusjonen.

ADHD. Denne ungdomsgruppen strever med hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker. Det er også vanlig med tilleggsvansker som lærevansker, atferdsforstyrrelser, angstlidelser og depresjon (Folkehelseinstituttet 2016). Ungdom med ADHD strever ofte med regulering av følelser og atferd og trenger hjelp med organisering, impulskontroll og konsekvenstenkning. For denne gruppen er det spesielt viktig å sikre god døgnrytme og skape ytre struktur for å gjennomføre daglige aktiviteter og forpliktelser som skole. Det er viktig å lage gode planer og finne hvilken utviklingsstøtte og hvilke hjelpemidler ungdommen trenger for å gjennomføre planene. Påminnelser, hjelp til å få oversikt, dele opp gjøremål i små sekvenser, motivere og tilrettelegge for gjennomføringen blir viktig. Dersom ungdommen trenger medisiner, må ungdommen få hjelp til administrering av dette.

Psykose er en forvirringstilstand som gjør at ungdommen i varierende grad opplever realitetsbrist, hallusinasjoner, vrangforestillinger, sanseforvrengning, og oppløsning av selvet. Graden av psykose hos ungdommene varierer fra tidlig psykoseutvikling i prodromale faser ⁽²⁾, samt mer aktive psykotiske episoder ved etablerte psykoselidelser. Denne gruppen trenger tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten for vurdering av alvorlighetsgrad av psykose, oppfølging av medisiner, og vurdering av behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Dersom ungdommen er i en akutt psykose er det som regel behov for innleggelse på akuttavdeling. Mindre alvorlige psykosetilstander kan håndteres i døgnrammer på SEM institusjon.

Mange ungdommer som opplever psykose er fragmenterte, forvirrede og redde. Miljøterapien for denne gruppen vektlegger stabilisering og trygging. Det er viktig at miljøterapeuten er emosjonelt nøytral, rolige, tilstedeværende og tilgjengelig. Miljøterapeutene må unngå fokus og spørsmål rundt vrangforestillinger, men heller legge vekt på her og nå, og de konkrete gjøremål som ungdommen skal utføre. Denne gruppen trenger også hjelp til å dekke basale behov, og spesielt søvn og regulering av hvile og aktivitet. Det bør benyttes dagsplaner med tydelig døgnstruktur. Støtte og hjelp til å utføre hverdagslige aktiviteter som å ivareta hygiene, spise og regulere stimuli er viktig. Ungdom med psykose kan lett bli overstimulert og får lett kognitiv overbelastning, noe

² Prodromalfase er tidsintervallet fra de første tydelige og varige forandringer i pasientens opplevelser eller atferd til det første klare psykotiske symptom.

som kan øke psykosesyntomene. Det er viktig at miljøterapeutene bruker enkel kommunikasjon, og at det er sammenheng mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Depresjon og angst er psykiske vansker som ofte forekommer sammen med andre psykiske lidelser. Mange med depresjon strever med å utføre daglige gjøremål, å finne glede i aktiviteter og ha positive tanker om fremtiden. For noen kan angst bli hemmende og hindrer dem i å utføre aktiviteter. Denne gruppen trenger grunnleggende miljøterapi som vektlegger relasjon, struktur og rammer og trening på ferdigheter. Døgnstruktur for å sikre søvn, ernæring og aktivitet er spesielt viktig. De miljøterapeutiske strategiene bør inneholde elementer slik at tilretteleggelsen ikke forsterker og opprettholder angstproblematikken.

Rus som tilleggsproblematikk. Noen av ungdommene i SEMs målgruppe har rus som tilleggsproblematikk. Det er viktig at de miljøterapeutiske strategiene er bygget på kompetanse til å kunne identifisere rusbruk, trygghet til å kunne gripe inn på bakgrunn av vage tegn og symptomer og trygghet til å snakke med ungdommene om rus. Det miljøterapeutiske arbeidet bør handle om å forstå rusens funksjon, kartlegge triggere, motivere for å redusere eller slutte med rusmidler, og gi ungdommene verktøy til å håndtere egne triggere uten å bruke rusmidler. Ungdommens positive opplevelse av rus må anerkjennes samtidig som uheldige konsekvenser tematiseres. Denne gruppen har behov for særlig årvåkenhet, tilsyn og hjelp til å unngå å utsette seg for høy risiko.

Individuelt endringsarbeid

Det individuelle endringsarbeidet beskriver det terapeutiske arbeidet som gjøres med ungdommen direkte. SEM legger vekt på at ungdom skal medvirke under hele forløpet. Ungdommen skal være en aktiv aktør og kontinuerlig være med på å utforme mål, påvirke egen endringsprosess og egen hverdag. Før inntak skal ungdommen være kjent med SEM, hensikt med plasseringen og plan for videre opphold. Det individuelle endringsarbeidet skal ta utgangspunkt i ungdommens individuelle handlingsplan som og utvikles og evalueres i samarbeid med ungdommen. Hovedkomponentene i det individuelle endringsarbeidet er ukentlige samtaler og ferdighetstrening.

Formålet med den ukentlige samtalen er å skape og vedlikeholde motivasjon hos ungdom for å jobbe med egen utvikling. Samtalen skal også gi ungdommen mulighet til medvirkning og evaluering. SEM tilfører også ukesamtalen et terapeutisk tema som tar utgangspunkt i definerte mål og delmål. Det terapeutiske temaet tar utgangspunkt i en ferdighet ungdommen har behov for å etablere eller styrke. Samtalen skal også inneholde elementer av psykoedukasjon: opplæring omkring de spesifikke diagnosene og vanskene ungdommen har. Sammen med ungdommen skal det defineres et hovedfokus for neste uke. Det gjøres også en evaluering av forrige ukes hovedfokus. På bakgrunn av det terapeutiske temaet og ukens hovedfokus skal det velges ut en ferdighet som ungdommen skal trene på.

Ferdighetstrening er en planlagt intervensjon hvor ungdommen sammen med miljøterapeuten trener på nye ferdigheter. Dette kan omfatte relasjonelle, emosjonelle og sosiale ferdigheter, konkrete ferdigheter for å mestre egen psykiske helse, eller ferdigheter som øker ADL funksjon.

Ferdighetstreningen i SEM følger 6 trinn:

1. Utvelgelse av ferdighet – Miljøterapeuten og ungdommen velger ut en ferdighet med bakgrunn i handlingsplanen
2. Samtale om ferdigheten – Miljøterapeuten og ungdommen snakker om ferdighetens område og funksjon
3. Modellering – Miljøterapeuten viser ferdigheten ungdommen skal tilegne seg
4. Øve på ferdigheten – Ungdommen sammen med miljøterapeuten øver på ferdigheten gjennom rollespill
5. Generalisere – Miljøterapeut og ungdom utfører ferdigheten i en naturlig setting
6. Evaluere – Ungdommen får tilbakemelding på utførelse av ferdigheten

Familiearbeid

Ved et opphold på SEM institusjon er målet å skape et bedre fungerende familiesystem og en bedre omsorgssituasjon for ungdommen, slik at ungdommen etter hvert kan flytte hjem. Oppholdet tar også ungdommen umiddelbart bort fra et dysfunksjonelt system, og forebygger en ytterlig skadelig utvikling. Familiearbeidet retter seg mot foreldre og andre omsorgspersoner ungdommen har i sitt liv, samt utvidet familie og øvrig nettverk. I de tilfellene ungdommen ikke skal flytte hjem, trenger fortsatt foreldrene og familien tiltak som kan styrke beskyttende faktorer og endre risikofaktorer i familiesystemet, i tillegg til å bygge opp relasjoner og sosial støtte som ungdommen har behov for etter utflytting. Tiltakene vil være mindre hyppige enn for ungdom som skal flytte hjem.

Hensikten med familiearbeidet i SEM er å endre familiens dynamikk og risikofaktorer for å gi symptomlette og best mulig utvikling for ungdommen. I SEMs målgruppe er det stor variasjon i både alvorlighetsgrad og antall risikofaktorer i familien. Fordi hver familie vil ha behov for individuell tilpasning, vil også metoder og verktøy for familierapi og foreldreveiledning variere. Noen sentrale hovedretninger i det familierapeutiske arbeidet kan være strukturell, strategisk, språkssystemisk, løsningsfokusert og narrativ familierapi, samt milanomodellen. Foreldreveiledning henter elementer blant annet fra Circle Of Security, Tuning Into Teens, Emosjonsfokusert foreldreveiledning, og PMTO.

Familiearbeidet beskriver det terapeutiske arbeidet som gjøres med foreldre, familien og familiens øvrige nettverk. Gjennom foreldreveiledning og familierapi reduserer og styrker vi risikofaktorer som er utløsende og opprettholdende for ungdommens psykiske vansker. Både foreldreveiledning og familierapi gjennomføres en gang i uken, og temaene er overlappende. Hovedkomponentene i familiearbeidet er foreldreveiledning, familierapi, treningssamvær og daglig samarbeid.

I foreldreveiledning møtes familierapeut og foreldre, eventuelt miljøterapeut fra ungdommens team. Veiledningen rettes mot å styrke foreldreferdigheter. Foreldrene lærer også om egne trigger og hvordan håndtere egne følelser i samspill med barnet. Sentrale foreldreveiledningstemaer er: mentalisering, samspill og sensitivitet, tilsyn og grensesetting, utviklingsstøttene omsorg, kommunikasjon- og problemløsningsferdigheter, og foreldrenes egne reguleringsferdigheter. Ferdighetene læres og tilegnes blant annet ved rollespill og hjemmelekser.

I familierapi møtes familierapeut, miljøterapeut fra ungdommens team, foreldre og ungdom. Hovedtemaene i familierapien består av reparasjonsarbeid mellom foreldre og ungdommen, endre uheldig samspillsmønstre og dynamikk, samt tilegne seg nye og bedre kommunikasjon og problemløsningsstrategier. Det skal også planlegges og evalueres treningssamvær som familien og ungdommen skal ha/har hatt i løpet av uken.

Treningssamvær er en planlagt og strukturert tid ungdommen og familien har sammen. Samværene kan være på institusjonen, hjemme eller på de arenaer familien ønsker. I starten av endringsfasen skal innholdet i samværene være planlagt for å sikre at familien tar i bruk nye ferdigheter og samhandlingsmønstre og for å unngå å falle tilbake til uhensiktsmessige samspill. Mål for samvær og ferdigheter som trenes på bør gjøres tydelig i forkant av samværet og evalueres i etterkant.

Utover foreldreveiledning og familierapi har institusjonen daglig kontakt og samarbeid med foreldrene. I de fleste tilfeller har foreldrene foreldreansvar og skal fortsatt utøve sin foreldrerolle under forløpet.

I noen tilfeller skal ungdommen av ulike grunner ikke flytte tilbake til foreldre. Likevel vil relasjoner mellom ungdom og familiemedlemmer være livet ut og være av stor betydning for ungdommen. Bedring av samspill og styrking av relasjoner vil gi ungdommen muligheter til å motta nødvendig sosial og relasjonell støtte gjennom voksenlivet. Det kan være relasjoner til foreldre, søsken eller andre familiemedlemmer som tanter, onkler og besteforeldre. Det er viktig å identifisere familiemedlemmer og relasjoner som kan være av betydning. I disse relasjonene jobber familierapeuten med å øke forståelse for ungdommens vansker, behov og styrker, og betydningen den sosiale støtten har for utvikling og muligheter, i tillegg til å identifisere mønstre i kommunikasjon og samhandling som bør endres for å støtte opp om videre positiv utvikling.

Skolearbeid

Skole er en viktig arena for læring, kunnskap og utvikling av ferdigheter og holdninger for å mestre egne liv. Skoledeltakelse kan strukturere og gi et meningsfullt innhold i hverdagen, samtidig som ungdommen kan få tilgang til et positivt sosialt nettverk. Å etablere og opprettholde deltagelse på skole er sentralt i SEM.

Arbeid opp mot skolesystemet tar utgangspunkt i å styrke og etablere sentrale beskyttende faktorer knyttet opp til skolearenaen. Ved innflytting etableres et tett samarbeid mellom institusjon og skole, og det jobbes tett med skolesystemet for at ungdommen skal ha et tilpasset skoletilbud. Videre jobbes det for å identifisere og endre opprettholdende faktorer for skolevansker, styrke øvrige beskyttende faktorer, og redusere risikofaktorer i skolesystemet. Samarbeidet må sikre at ungdommen har et skoletilbud som er tilpasset ungdommens behov og forutsetninger. Det lages konkrete planer mellom skole og institusjon for å sikre skoleoppmøte. I tilfeller der ungdommen er tenkt å flytte hjem igjen, og foreldrene dermed skal videreføre arbeidet, er det viktig at samarbeidet mellom skole og hjem styrkes og at institusjonen ikke overtar foreldrenes rolle i dette.

Nettverksarbeid

Nettverksarbeid skal redusere risiko og styrke beskyttelsesfaktorer som finnes i ungdommenes vennenettverk og nærmiljø eller på en fritidsarena. Ungdommen får hjelp til å styrke eller etablere

sunne vennskapsrelasjoner i positive miljøer, samt redusere kontakten med nettverk og miljøer som hindrer positiv utvikling. Videre jobbes det med å knytte kontakter med ungdomsklubber eller fritidsaktiviteter i nærmiljøet som kan fremme positiv utvikling.

Samarbeid med andre instanser

De fleste ungdommer og familier i SEMs målgruppe trenger hjelp fra flere instanser og vil sannsynligvis også ha behov for hjelp fra disse etter endt opphold på institusjon. God sammenheng og kontinuitet for ungdommen krever tett samarbeid med disse instansene og tydelig avklaring og fordeling av roller og oppgaver.

Spesialisthelsetjenesten, særlig Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) er en sentral samarbeidspartner. De fleste av ungdommene har behov for poliklinisk behandling, som de skal fortsette med under opphold på SEM-institusjon. Det må etableres et tett samarbeid mellom ungdommens team og BUP behandler for å ivareta en rød tråd i behandlingen. Det vil være en fordel om behandlingen på BUP og endringsarbeidet i SEM tar utgangspunkt i å endre de samme påvirkningsfaktorene hos ungdommen. I perioder kan ungdommen ha behov for kortvarige innleggelse på akutt døgnbehandlingsenhet (UPA). Likeså må det foreligge et tett samarbeid mellom institusjon og UPA.

Som SEM-institusjonenes oppdragsgiver må det sikres en god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom institusjon og lokal barneverntjeneste. Familie og foreldreveiledningstiltak i regi av barneverntjenesten bør settes på pause eller avsluttes under de to første fasene av SEM. Mange av SEMs familier og ungdommer vil ha behov for veiledning og kompenserende tiltak fra barneverntjenesten etter endt plassering. Dersom ungdommen skal flytte hjem, er det viktig at disse tiltakene er på plass i løpet av overgangsfasen for å skape sammenheng og sikre god videreføring av familiearbeidet. Dersom ungdommen skal flytte på hybel eller til annet bosted med oppfølging, må tiltaket være startet opp tidlig i overgangsfasen, slik at ungdommens endring kan generaliseres i den omsorgsbasen eller det bostedet som skal være varig.

Avhengig av ungdommens behov kan andre viktige samarbeidspartnere være Nav, boligkontoret, PP-tjenesten med flere.

Overgangsfasen

SEMs tredje og siste fase omfatter de siste 8 ukene av institusjonsoppholdet og de første 4 ukene etter utflytning.

I denne fasen går endringsprosessen over i et generaliseringsforløp. Endringer av nye ferdigheter opprettholdes og overføres til de situasjoner og områder som er i ungdommens og familiens naturlige miljø. Det gjøres analyser av hva som har ført til positiv endring, og hvilke risikofaktorer som gjenstår eller finnes i det miljøet ungdommen skal flytte til etter institusjonen. I samarbeid med ungdom og familie utvikles det en overgangsplan med oversikt over faktorer som har bidratt til positiv utvikling, plan for å opprettholde disse, samt en oversikt over hva som kan gå galt (basert på eksisterende risikofaktorer) og hva ungdom, familie eller andre involverte kan gjøre i så tilfelle. Det skal ikke innføres nye elementer i endringsarbeidet i denne fasen, men tas utgangspunkt i de endringer og ferdigheter som allerede er oppnådd.

Miljøterapi, familiearbeid, individuelt endringsarbeid og skole- og systemarbeid er fortsatt hovedkomponentene i fasen. Tiltakene skal være mindre hyppige og ungdommen og familien skal i økende grad ta i bruk ressurser og hjelpesystemer i deres eget nettverk/lokalområde. Ungdommens treningsturer hjem til familien blir hyppigere og lengre og mot slutten av perioden vil ungdommen i hovedsak bo hjemme eller i annet bosted. I tilfeller der ungdommen ikke har en omsorgsbasis å flytte til, vil det jobbes med å lage en overgangsplan sammen med ungdom og de nærmeste støttespillerne. Det vil være viktig å sikre nødvendig sosial støtte fra familiemedlemmer eller annet nettverk som kan gi denne støtten videre. I tillegg vil det arbeides ekstra med å få på plass andre nødvendige utviklingsfremmende tiltak rundt ungdommen. En del familier vil etter et opphold på SEM-institusjon trenge hjemmebaserte tiltak.

Strukturelle forutsetninger

For at SEM skal fungere etter hensikten er det avgjørende at enkelte strukturer og prosedyrer er etablert. Det er vesentlig å ha strukturer og prosedyrer som sikrer riktig målgruppe, evaluering og veiledning som øker behandlingsintegritet samt nødvendig kompetanse og rollefordeling.

Målgruppedifferensiering og avklaring før inntak

Det er viktig at det foregår en inntaksprosess i forkant av beslutning om institusjonsoppholdet. SEM har en spesifikk målgruppe, og det må gjøres drøftinger og avklaringer i forkant for å sikre at SEM er riktig for ungdommen og familien, slik at de vil kunne nyttiggjøre seg av tilbudet. Drøftingene i forkant må omhandle målgruppe, hensikt med plassering og en tydelig plan for bosted etter plassering. I noen tilfeller vil det foreligge forhold i familien som gjør det vanskelig for barneverntjenesten og familien å legge en tydelig plan. I disse tilfellene skal en tydelig plan avklares mot slutten av kartleggingsfasen.

Evaluering

Evalueringer er en viktig del av SEM. Hver fjerde uke evalueres målene og virkemidlene i handlingsplanen. Evalueringen gjøres internt på institusjonen og sammen med ungdommen og familien. Evalueringen innebærer en vurdering av framgang og barrierer i å nå målene, og handlingsplanen justeres i tråd med vurderingene.

Det skal gjøres vurdering av om rammene og strukturen i modellen følges, og om det foreligger eventuelle forhold som vanskeliggjør dette.

Team og kompetanse

SEM legger til grunn at institusjonen organiserer egne team rundt ungdommen og deres familier. Da SEM er en fagmodell som benyttes for ungdom med psykiske lidelser, er det nødvendig at personalet som jobber på institusjonen har kompetanse på barnevern og psykiske lidelser. Det kreves ledelse og miljøterapeuter med videreutdanning, arbeidserfaring med målgruppen eller særlig opplæring i psykiske lidelser hos ungdom. Alle vil ha behov for opplæring i modellens fagmoduler for å jobbe etter SEM. Det kreves familierapeutisk kompetanse for å kartlegge, vurdere og utøve hovedvekten av arbeidet opp mot familiesystemet. Familierapeuten må ha videreutdanning i familierapi og bør inngå i personalgruppen på institusjonen, men må vie 100% av sin stilling til familiearbeid. Det vil være en fordel dersom en med spesialpedagogisk

kompetanse har det overordnede ansvaret eller utfører kartleggingen og endringsarbeidet opp mot skolesystemet. Det kreves psykologfaglig kompetanse for å kvalitetssikre vurderinger av kartleggingsresultater og handlingsplan, veilede andre faggrupper i terapeutisk endringsarbeid og heve kompetanse på psykisk helse.

Møtestruktur og fagveiledning

Utover grunnopplæring krever SEM at institusjonen har en fast møtestruktur for å sikre at faglige elementene opprettholdes i SEM. Møtene skal ta utgangspunkt i ungdommens delmål og virkemidler i handlingsplanen. Psykologen tilknyttet institusjonen skal veilede miljøpersonale på handlingsplanen og de faglige elementene i SEM.

Referanser

- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Bath, H. (2015) The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours *Reclaiming Children and Youth* 23(4) 6-11
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borge, A. I .H. (2018). Resiliens- risiko og sunn utvikling (3. Utgave). Oslo: Gyldendal.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York:Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22, 734-742
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, vol. 101(4), Oct 1994, 568 586.
- Bufdir (2023). Veileder for forløp i barneverninstitusjoner (978-82-8286-381-0)
https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/veileder_for_forlop_i_barneverninstitusjoner.pdf
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14(3), 477-498. <https://doi.org/10.1017/S095457940200305X>
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- Engel, G. L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286):129-36.
- Johnsen, A. & Wie Torsteinsson, V. (2012): Lærebok I familieterapi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann 2015. Psykologi i organisasjon og ledelse. 5.utg. Bergen: Fagbokforlaget.Kayed et al., 2015

- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M. & Wichstrøm, L., (2015) *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*, Hentet fra: https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014) Regulering som nøkkelpbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 51(7), 531-536.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017) *Utviklingstraumer Regulering som nøkkelpbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Shonkoff, J.P. & Fisher, P.A (2013). Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1635-1653.
- Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind*, Second Edition. New York: Guilford Publications.
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge: En statusrapport*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf



Oslo

Barne- og familieetaten

Forsterket behandlingsmodell



Miljøterapeutisk modell III
Versjon 1.0

Innledning

Dette dokumentet inneholder en beskrivelse av Forsterket behandlingsmodell (FBM) og hvordan vi vil at det miljøterapeutiske arbeidet skal se ut på de institusjonene som jobber i tråd med FBM. De unge som skal motta denne behandlingen har begått alvorlige kriminelle handlinger og er plassert etter barnevernloven §4-24 eller §4-26. Dette er en sammensatt gruppe som ofte har vært utsatt for traumatiserende hendelser, de kan ofte ha stor motstand mot forsøk på endring av deres normbrytende atferd, og det er store forskjeller innad i gruppen med hensyn til deres psykososiale funksjonsnivå.

I arbeidet med Forsterket behandlingsmodell har vi vært opptatt av å utvikle en modell som er traumesensitiv, samtidig som den a) kan bidra til å endre aggressiv og normbrytende atferd, b) favner motstanden mot endring og bredden i psykososial fungering hos målgruppen, c) er kunnskaps- og erfaringsbasert og d) som er innenfor barnevernslovgivningen og Barne- og familieetatens rammer. FBM bygger på Tilknytnings- og endringsmodellen (TEM), samtidig som den inkorporerer forståelsesrammer fra blant annet The Neurosequential model of therapeutics (NMT), teorier, begreper og behandling av aggresjon, risikovurdering og håndtering, samt familie- og systemisk teori.

Hva er miljøterapi og hvorfor bruker vi det?

Miljøterapi kan forstås som bestående av to komponenter; miljø og terapi. Miljø viser til den systematiske og gjennomtenkte organiseringen og tilretteleggelsen av tiltakets relasjonelle, psykologiske, sosiale, materielle og fysiske betingelser ut fra den enkelte og gruppens behov. Inkludert i dette er også tilrettelegging for, og oppfølging av, skole, fritid, samvær med barnets familie, hygiene og rengjøring, struktur i dagen og matlaging. Hensikten er å fremme muligheter til læring, mestring og utvikling. Begrepet miljø viser altså til de rammene og strukturene som terapien utøves innenfor.

Begrepet terapi består i denne sammenheng av utviklings- og endringsprosesser. Til forskjell fra samtaleterapi, som ofte foregår til fastsatt tid, på et fastsatt sted, og som krever motivasjon og verbale ferdigheter, kan miljøterapi skape slike prosesser uten at man stiller disse kravene, og den kan gis kontinuerlig ved behov. Innenfor miljøterapien benyttes ulike modeller/ tilnærminger for ulike målgrupper.

Forsterket Behandlingsmodell

Forsterket behandlingsmodell bygger på antagelsen om at barn og unges utfordringer med kriminalitet, aggresjon og vold er atferdsmessige uttrykk for underliggende smertefulle følelser og erfaringer, svekket sosial kompetanse, manglende fremtidshåp samt den sosiale konteksten de har vokst opp i. Selv om genetiske faktorer spiller en viktig rolle for deres utvikling, viser nyere kunnskap at vold og kriminalitet må ses i lys

av et samspill mellom genetikk, negative tilknytningserfaringer, traumeerfaringer, hjerneutvikling og sosiale forhold.¹

Forsterket behandlingsmodell består i hovedsak av tre komponenter: et *teorigrunnlag*, *kartlegging av fungering*, og *miljøterapi* med ulike faser. Modellen innehar et fleksibelt rammeverk som kan tilpasses behovene til det enkelte barn og ungdom. Modellen kan tilpasses barn med høyt funksjonsnivå eller kortvarig behov for behandling. Den passer også for barn og unge med omfattende omsorgs- og behandlingsbehov. Denne gruppen barn og unge kan ha betydelige regulerings- og utadrettede vansker, og store utfordringer med relasjoner og tillit til andre mennesker, spesielt voksne.

Hovedfokuset i den miljøterapeutiske behandlingsmetodikken er å legge til rette for prososial utvikling gjennom omsorg og behandling tilpasset ungdommens utviklingsmessige behov, og gjennom systemisk familie og nettverksarbeid. Et mål med modellen er at ungdommen skal kunne ta imot og nyttiggjøre seg tilbud og tjenester i nærmiljøet, og fra helsetjenesten, skole og andre instanser.

Målgruppen for Forsterket behandlingsmodell

Hvem er barna og ungdommene?

Målgruppen for Forsterket behandlingsmodell er barn og ungdommer med spesifikke behov for hjelp med sine utadrettede vansker. Dette innebærer at de fleste er innblandet i kriminalitet og har utøvd vold/skadelig aggresjon. Majoriteten kommer fra familier med betydelige levekårsutfordringer og de har som oftest vansker på en rekke arenaer. De har betydelige mangler i skolegang, ofte få - om noen - prososiale venner og fritidsaktiviteter. Mange har utviklet sterk opposisjon og fiendtlighet overfor autoritetspersoner, voksne og samfunn. Erfaringsmessig har de fleste lite motivasjon for å endre sin atferd og mange vil motsette seg endringsarbeid som benytter behandlingsmetoder som fremhever deres problematikk, fordi de opplever at det er omverdenen, fremfor dem selv, som er problemet. De kan også mangle ressurser i egen familie og nettverk; voksne som kan følge opp under og etter tiltak. De fleste har også psykiske tilleggsvansker som ADHD, lærevansker, rusmisbruk, angst og depresjon. Det understrekes også at det er store forskjeller innad i gruppen når det gjelder hvor alvorlige deres utfordringer er. Noen begrenser sine normbrytende handlinger til narkotikasalgs og hærverk, eller utøver skadelig aggresjon i et fåtall av settinger, mens andre kan ha utviklet et omfattende og alvorlig mønster av vold og kriminalitet.

¹ Perry, 2014.

Teorigrunnlag

Forsterket behandlingsmodell (FBM) er faglig forankret i fem teoretiske behandlingsrammeverk, *Neurosequential model of therapeutics* (NMT), *Tilknytnings- og endringsmodellen* (TEM)², *Miljøterapeutisk behandling av aggresjon*, *Bronfenbrenners økologiske modell*, og *systemisk familieterapi*. FBM inneholder også kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer som er spesifikke for unge med utfordringer knyttet til aggresjon, kriminalitet og vold.

Neurosequential model of therapeutics (NMT) er både en nevrobiologisk modell av barns hjerneutvikling og et kartleggingsinstrument som gir informasjon om barnets fungering. Modellen bygger på nyere kunnskap om nevrovitenskap, tilknytning, traumer og generell utviklingspsykologi. Kartleggingen innebærer en grundig informasjonsinnhenting om a) barnets daglige fungering b) utviklingshistorie, inkludert utviklingsmessige belastninger (som traumer og omsorgssvikt) og c) gode eller dårlige relasjonserfaringer. Kartleggingsfunnene benyttes for å undersøke hvor barnet befinner seg i sin hjerneutvikling innenfor ulike funksjonsområder som sansing og motorikk, reguleringsevne, relasjonsevne og kognitiv fungering. Beskrivelsen er et behandlingsverktøy som benyttes for å tilpasse behandlingstiltak til barnets fungering.

Tilknytnings og endringsmodellen (TEM) er basert på teorier om tilknytning og sosio-emosjonell utvikling, og miljøterapeutisk metodikk (Larsen, 2018; Olkowska og Landmark, 2016). I likhet med NMT, har TEM som utgangspunkt at institusjonsplasserte barn og unge fungerer svært ulikt, avhengig av deres iboende sårbarhet, samt type og omfang av belastninger som de har vært utsatt for gjennom utviklingsløpet. TEM består av en modell av barn og unges utviklingsnivå og en miljøterapeutisk metodikk.

Modellen er organisert tematisk i fem nivåer ut ifra alvorlighetsgrad, med normalfungering i øverste kategori og den mest nedsatte fungeringen i den nederste kategorien. I TEM danner denne inndelingen et overordnet rammeverk for differensierte miljøterapeutiske strategier (metodikk), tilpasset det enkelte barns funksjonsnivå og toleransevidu.

Modell



² For beskrivelse av TEM se eget dokument.

Av de ulike kategoriene er *Grunnleggende Tilknytningsfortyrrelse*, *Alvorlig Tilknytningsfortyrrelse* og *Tematisk omsorgssvikt* mest relevant for å beskrive funksjonsnivået til barn og unge i våre tiltak. I det følgende beskrives disse tre nivåene mer inngående.

Grunnleggende tilknytningsfortyrrelse beskriver barn og unge som har vært eksponert for alvorlig og gjennomgripende omsorgssvikt. Disse belastningene har medført en underutvikling av sentrale hjernedeler og de kan ha en forbausende lav fungering, med funksjonsnivå tilsvarende småbarnsalder 0-2 år. Noen strever med kronisk fysiologisk underaktivering, andre med fysiologisk hyperaktivering, og noen pendler mellom disse tilstandene. Noen kjenner ikke smerte eller temperaturforskjeller. Mange har alvorlige avvikende oppfatninger og forståelse av seg selv og virkeligheten, mangler evne til å tenke abstrakt (tenke i tid), og har derfor store vansker med å organisere og gjennomføre aldersadekvate gjøremål. De har gjennomgripende vansker med å regulere følelser, liten forståelse av relasjoner og de sosiale kodene og reglene som styrer sosiale samspill, noe som kan komme til uttrykk gjennom et kaotisk eller veldig primitivt samspill. De kan også fremstå sosialt og emosjonelt tilbaketrukket, og utagere uten tydelige ytre forhåndsvarsler, og uten at omsorgspersonene har forstått at deres handlinger har stresset dem. Deres kriminalitet er ofte ukritisk og impulsdrevet, og de er sjelden delaktig i kriminelle grupper. Dersom de har vært utredet i BUP har de som oftest flere diagnoser, som ADHD, Autismespekter forstyrrelser, Reaktiv tilknytningsforstyrrelse, Moderat/alvorlig psykisk utviklingshemning, Atferdsforstyrrelse, psykoselidelse.

Alvorlig tilknytningsfortyrrelse beskriver barn og unge med alvorlige relasjonelle vansker som følge av en utviklingshistorie preget av svik, traume og omsorgssvikt. Disse omsorgsbelastningene har som oftest medført at de har en hjernefungering og et sosialt samspillsmønster som ligger betydelig under deres kronologiske alder. Fungeringen kommer til uttrykk gjennom at de har store vansker med følelsesregulering og følelsesuttrykk, at de ser seg selv, andre og omgivelser i sort eller hvitt, og kommuniserer sine behov på måter som skaper konflikt. De vil typisk fremvise ustrakt emosjonell ustabilitet, fiendtlighet, utagering, selvskading, eller tilbaketrekking. Noen kan fremstå som «pleasende» eller med utstrakt passiv hjelpeløshet. Tilstandene deres kan skifte raskt, og de skaper ofte konflikt blant personalet eller i andre sosiale settinger. De har som oftest svært redusert evne til å se sitt eget bidrag til konflikt, og vil typisk fraskrive seg skyld og ansvar for egne uheldige handlinger. De fungerer generelt dårlig i større grupper, og kriminaliteten deres fremstår i mye større grad som impulsiv, følelsesstyrt og lite gjennomtenkt. De som har vært utredet i BUP har

som oftest diagnoser som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selv om de ikke er 18 år, atferdsforstyrrelse, og/eller ADHD.

Tematisk omsorgssvikt beskriver barn og unge som har vært utsatt for omsorgsbelastninger, men som oftest på et senere tidspunkt i deres utvikling og hvor belastningene ikke har medført betydelig svekkelse av deres psykososiale funksjonsnivå. Gruppen kan ha betydelige reguleringsvansker og redusert impulskontroll, men de har rimelig intakt evne til resonnering og abstrakt tenkning i situasjoner hvor de ikke er følelsesmessig aktivert. I forhold til målgruppen vil dette som oftest dreie seg om unge som kan fungere godt innad i en kriminell gruppe. Kriminaliteten deres kan være like alvorlig som i gruppene under, men deres kriminelle mønster vil i større grad preges av planlegging og organisering. I en vurdering må det tas høyde for at både alvorlig rusmisbruk og alvorlige konflikter kan bidra til mer situasjonsbetinget lavere psykososial fungering. Erfaringsmessig er dette barn og unge som relativt raskt evner å tilpasse seg institusjonens regler og de profiterer også raskere på behandling enn de to andre gruppene, forutsatt at grensesetting og institusjonens forventninger utøves med respekt og tydelighet.

Oppsummerende er det viktig å merke seg at begrepene *Grunnleggende* og alvorlig tilknytningsforstyrrelse, og *Tematisk omsorgssvikt* er diagnoser beskrivelser til hjelp for forståelse av den unges uttrykksform og for tilpasning av miljøterapeutiske intervensjoner. Kategoriene bør også forstås som grove og overlappende. Med termen *grove kategorier* menes at en vil finne stor variasjon innad i hver enkelt kategori. At kategoriene er *delvis overlappende* betyr at det er glidende overganger mellom de ulike kategoriene og hvor noen kan befinne seg i et slags mellomstadium mellom to kategorier. For eksempel kan noen unge primært fungere på et nivå tilsvarende *Grunnleggende tilknytningsforstyrrelse*, men ha episoder med høyere fungering når situasjonen eller settingen legges til rette for dette.

[Miljøterapeutisk behandling av aggresjon](#)³ består av et teoretisk rammeverk og konkrete prinsipper og tiltak utviklet for håndtering og behandling aggresjon på institusjon. Intervensjonene inkluderer ulike typer av ferdighetstrening, samt kognitiv-atferds- og belønningsorienterte intervensjoner. Vi utdyper dette mer senere.

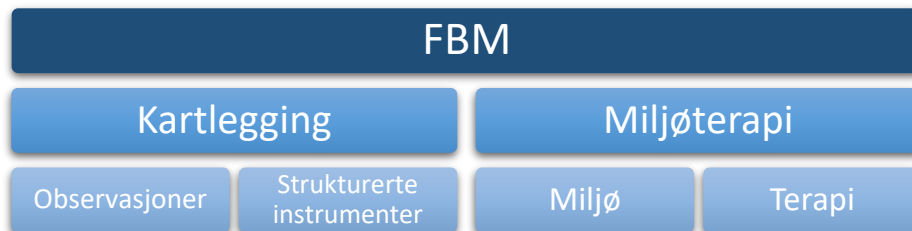
[Bronfenbrenners økologiske modell](#) beskriver hvordan barns utvikling påvirkes av de ulike sosiale arenaene de vokser opp i: Familie, skole og nærmiljø, kvaliteten på relasjonene mellom disse instansene, foreldrenes sosiale situasjon, og mer indirekte gjennom føringene innad i storsamfunnet.

³ Bjørkly, 1997

Systemisk familieterapi beskriver familien som et mer eller mindre lukket system der alle deltagerne i systemet påvirker hverandre gjensidig. Endringsarbeid må derfor innrettes mot kommunikasjonsformen mellom alle deltagerne og ikke kun barnet eller ungdommen.

Hvordan jobber vi innen FBM?

Behandlingsopplegget i FBM består av *kartlegging* og *miljøterapi*. Barn og unge med kriminalitet, aggresjon og vold er meget forskjellig i med hensyn til risikoprofil, funksjonsnivå og behandlingsprognose. Grundig individuell kartlegging og identifikasjon av både risiko og beskyttelsesfaktorer, samt potensielle vekstområder er derfor avgjørende for å kunne utarbeide et tilpasset miljøterapeutisk behandlingsopplegg. Kartleggingen består av innhenting av informasjon om utvikling og oppvekst, dokumentasjon av den unges fungering på institusjon utfra *miljøterapeutisk observasjon* og gjennom bruk av *strukturerte kartleggingsinstrumenter*.



Kartlegging er grunnlaget i en kassusformulering som former miljøterapien.

Strukturerte kartleggingsinstrumenter

Utover ASEBA⁴ vil kartlegging av a) den unges traumehistorikk, b) psykososiale fungering og c) risikoprofil være av særlig betydning for å kunne utarbeide et individuelt tilpasset behandlingsopplegg.

- *NMT-kartleggingen vil kunne bidra til mer målrettede og tilrettelagte (timede) tiltak. Tiltakene kan være pedagogiske, mer dagligdagse aktiviteter eller terapeutiske, og kan gjennomføres av miljøterapeuter, omsorgsgivere eller andre som har kontakt med barnet. Aktivitetene fokuserer på sansemotoriske, relasjonelle, regulerende eller kognitive funksjoner, alt etter hvilke forutsetninger og behov barnet har. Et gjennomgående prinsipp er at tiltakene bør være repeterende, rytmisk og engasjerende for barnet.*
- *Beskrivelse av psykososialt funksjonsnivå med Children's Global Assessment Scale (CGAS) og funn fra NMT-kartlegging.*

⁴ Achenbach Systems of Emprically Based Assesment er et batteri av kartleggingsskjema som benyttes innen PPT og psykisk helsevern.

- Kartlegging av voldsrisiko inne og ute: VAFA/REFA, Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) er et anerkjent instrument utviklet for å vurdere risiko og støttebehov hos ungdom⁵.

Organisering av individuelt tilpasset behandling

Kartleggingsfunnene fra observasjonene og instrumentene sammenfattes i en Kasusformulering. En kasusformulering er et arbeidsdokument som inneholder en kort oversikt over de viktigste opplysningene og funnene, hypoteser om hvilke faktorer som ligger til grunn for den unges vansker, og hvilke miljøterapeutiske betingelser som kan skape endringer i forløpet, slik at vanskene kan reduseres eller opphøre.

Forståelsen av vanskene og hypotesene om endringsmuligheter benyttes for å lage en behandlingsplan med mål, tiltak og tidsperspektiv for behandlingsarbeidet. Mål kan være: Normalisert døgnrytme, økt følelsesregulering og impuls kontroll, endring av aggressive, truende og uhensiktsmessige samhandlingsmønstre, samt utvikling av prososiale holdninger, relasjoner og aktiviteter. Hypoteser og behandlingsplan gir mulighet for å evaluere progresjon og eventuelt reformulere forståelsen av endringsbetingelsene og velge andre behandlingstiltak. Formuleringen er et styringsdokument som skal sikre felles forståelse i personalgruppen, og samkjøre de miljøterapeutiske strategiene beskrevet i behandlingsplanen (se figur). Formuleringen kan også brukes i tilbakemeldingen til ungdom og samarbeidspartnere om forståelsen som institusjonen har dannet seg av vanskene.



⁵ Pusch, 2018.

Miljøterapeutisk behandling

Miljøterapi handler i enkelhet om hvordan vi jobber for å bedre den unges selvfølelse og negative handlingsmønster. Miljøterapien er institusjonens behandlingsverktøy for å hjelpe ungdommen med å opparbeide tillit til voksne, slik at de kan ta til seg hjelp for å bedre regulering av negative følelser, og utvikle evne til å ta både eget og andres perspektiv.

Majoriteten av unge med alvorlig atferdsproblematikk har vokst opp i en sosial kontekst preget av manglende og/eller uforutsigbare rammer og grenser. En stor andel kommer fra lite organiserte hjem, de har falt ut av skole og mangler en fast struktur i hverdagen. Mange har vært eksponert for overveldende makt-avmaktssituasjoner, og har erfart at de må ta vare på seg selv uten voksenhjelp. En del har også lært å bruke trusler og vold som virkemidler for å regulere selvfølelse og tilegne seg goder. De fleste har opplevd å ha fått mange negative tilbakemeldinger på sin væremåte og på dem selv som individer.

Miljø

Miljøet viser til rammene for, og strukturen i, tiltakene som terapien utøves innenfor. Mer spesifikt handler dette om rutiner, slik som faste innetider, måltider, leggetider, lekser, skole, møter og arrangementer, samt opprettholdelse av husregler som regulerer det sosiale samspillet på avdelingen. Det er faste særkontaktsamtaler og forventninger og praksis for familiesamtaler. Det er rutiner og prosedyrer for arbeidet med handlingsplan/utviklingsplaner, samt rapportering/rapportskriving. Alt dette gjøres kjent for alle ungdommer som bor på institusjonen. Ungdommens modenhet styrer deres ansvar for, og deltakelse i, de forskjellige settingene. Slike rutiner og et fast strukturert behandlingsopplegg gjør det mulig for voksne og ungdommer å forberede seg til den aktiviteten som skal skje. En hverdag preget av faste rutiner gir opplevelse av forutsigbarhet, kontinuitet og sammenheng, og er avgjørende for at barn skal utvikle tidsopplevelse, og evne til å regulere følelser, behov og adferd.

Deres ansvar for, og deltakelse i, de forskjellige settingene, er avhengig av ungdommens modenhet. Slike rutiner gjør det mulig for voksne og ungdommer å forberede seg til den aktiviteten som skal skje. Et fast strukturert behandlingsopplegg gjør det mulig for voksne og ungdommer å forberede seg til den aktiviteten som skal skje. En hverdag preget av faste rutiner gir opplevelse av forutsigbarhet, kontinuitet og sammenheng, og er avgjørende for at barn skal utvikle tidsopplevelse, og evne til å regulere følelser, behov og adferd.

Erfaringsvis har mange i denne gruppen en uregulert døgnrytme før plassering hvor de av ulike grunner ikke møter på skole. Noen utøver deler av sin kriminelle aktivitet på nattetid og sover på dagtid, mens andre er på sosiale medier. Et fast strukturert miljø er derfor av særlig betydning i endringsarbeidet med denne målgruppen. Samtidig er det avgjørende at den unge ikke opplever behandlingsopplegget og rutiner som for rigid

og påtvunget. Det vil kunne medføre konflikt mellom ungdom og miljøpersonale med risiko for tilbaketrekning, opposisjon og utagering. Arbeidet med døgnstruktur må derfor utøves med respekt overfor den unges utviklingshistorie og psykososiale funksjonsnivå.

Terapi

Miljøterapien skal legge til rette for at ungdommen kan opparbeide tillit til voksne og få hjelp til å bedre sin evne til å regulere negative følelser. De skal få hjelp til å etablere gode hverdagsrutiner og oppleve mestringsfølelse, slik at de kan få utviklet et tryggere selvbilde og et prososialt handlingsmønster.

Miljøterapeutisk behandling av aggresjon

Aggresjon som fenomen er komplisert og kan motiveres av mange ulike forhold. Vellykket behandling av aggresjon krever en faglig høykompetent og samkjørt behandlingsgruppe, og et fler-spektret og individuelt tilpasset behandlingsopplegg.

Vi skiller mellom ulike former for aggresjon. *Aggressiv atferd* er innrettet på å skade andre fysisk, mens *sinneatferd* ikke er innrettet på å skade andre fysisk. Så snart sinne blir drivkraft i atferd innrettet på å skade andre fysisk, snakker vi om aggressiv atferd. Det er et stort uttalt mål å lære ungdommene våre dette skillet. Vi skal ha høy toleranse for sinneutrykk og forståelse for at aggressiv atferd, for ungdommen, kan ha vært en meningsfull måte å mestre sine livsutfordringer på. Samtidig er det vår jobb å hjelpe dem i å finne og benytte andre sosialt akseptable måter å mestre livet på.

Vi benytter flere ulike metoder i vår behandling av aggresjon. Disse deles hovedsakelig inn i stoppende/hemmende og utviklende/vekstfremmende behandlingstiltak.

Behandlingstiltak umiddelbart etter aggressive episoder (stoppende)

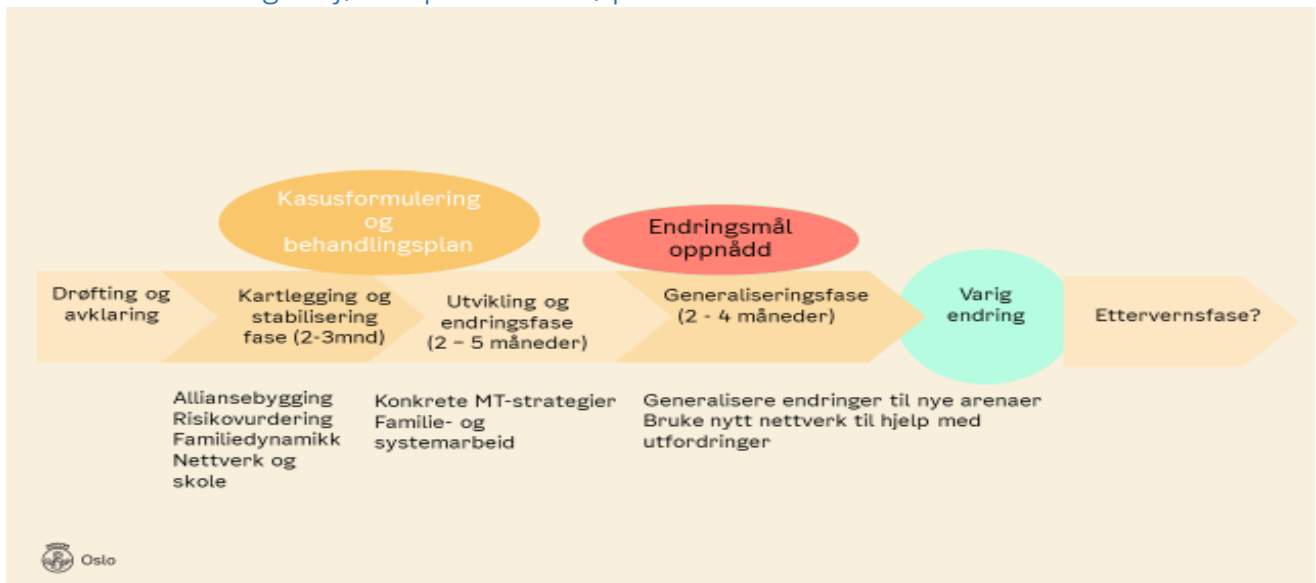
- *Empatisk konfrontasjon ved trusler*
- *Bruk av sanserom som avledning og avverge*
- *Fysisk kontroll og skjerming i håndtering av aggresjon*

Vekstfremmende behandlingstiltak

- *Identifisere arenaer og aktiviteter som kan gi mestring, håp og vekst*
- *Faststrukturert hverdag med et meningsgivende innhold*
- *Bruk av sanserom for å utvikle nye reguleringsstrategier*
- *Impulskontrolltrening*
- *Samtaler om aggresjon med miljøkontakt og/eller psykolog*
- *Mestringstrening og oppbygning av evne til å holde ut i vanskelige situasjoner*
 - o *Selvstyrte realitetsorienterende strategier*
 - o *Innarbeiding av alternativ atferd/alternative reaksjonsformer*
 - o *Desensitivisering i ulike sårbarhetssammenhenger (toleransevindu)*

- Progresjonsstiger

Fasemodell og miljøterapeutisk forløp



Forsterket behandlingsmodell er delt inn i faser med ulikt miljøterapeutisk fokus.

I fase 1 (kartlegging og stabilisering) er fokuset i all hovedsak rettet in mot stabilisering og alliansebygging, kartlegging, og utarbeiding av kasusformulering og behandlingsplan.

Ufrivillig institusjonsplassering er en stor inngripen og sterke reaksjoner er naturlig. Noen unge vil kunne utagere hyppig, noen vil trekke seg tilbake, noen kan ha en såkalt «skinnfungering» hvor de kan se ut til å fungere bedre enn hva opplysningene vi har om dem skulle tilsi. Det er også og forvente at noen etter relativt kort tid med «normalatferd» får et plutselig fall i fungering. Miljøterapeutens oppgave består i denne fasen av et kontinuerlig arbeid med å påse at den unge føler seg tålt og forstått på sine reaksjoner, og møtt på sine behov uavhengig av om den unge er i stand til å formulere behovet. Krav og grensesetting er tilpasset den unges funksjonsnivå. Målsettingen i denne fasen er at den unge utvikler tillit til oss (institusjon og personal) slik at vi kan komme i posisjon til å etablere en terapeutisk allianse. Etablering av tillitt og allianse er også avgjørende i vårt arbeid med familien.

Parallelt med det daglige arbeidet med å etablere tillit er det avgjørende med nøyaktige observasjoner og dokumentasjon av den unges reaksjonsmønster, fungering og potensielle ressurser (interesser osv.), samt kartlegging av deres nettverk, skolefungering og familiens samspillsmønster. Supplert med bruk av strukturerte instrumenter danner denne kartleggingen grunnlaget for utarbeidelsen av kasusformulering og en konkret behandlingsplan.

Fasen anses som ferdigstilt når ungdommen har 1) utviklet en viss grad av tillitt til personal og institusjon, 2) har fremvist noe evne til samarbeid (arbeidsallianse), og 3) det er utarbeidet en kasusformulering og en behandlingsplan. Behandlingsplanen skal inneholde overordnet målsetting og konkrete delmål (den unge, familie, nettverk), foreslått anvendt metodikk, og et tidsintervall for organiseringen av det målorienterte miljøterapeutiske arbeidet. Kasusformulering og behandlingsplan presenteres for relevante samarbeidspartnere.

Fase 2 (utvikling og endring) organiseres utfra de overordnede målene og delmålene i behandlingsplanen. En sentral del av dette strukturerte miljøterapeutiske arbeidet vil bestå av innarbeiding av en fast døgnrytme; fast tid for legging/våkne, måltider og lekser, og daglige aktiviteter som skole, trening eller jobbpraksis. Dette målorienterte arbeidet vil oppleves som en stor overgang for mange og vil kreve både tålmodighet, fleksibilitet og kreativitet i det miljøterapeutiske arbeidet. Det arbeides også systematisk og forutsigbart med den unges uheldige samhandlingsmønstre. Det er svært viktig at institusjonens krav, forventninger og metodikk er tilpasset den unges funksjonsnivå, og at behandlingsopplegget evalueres fortløpende på ukentlige behandlingsmøter. Eventuelle justeringer av kasusformulering, behandlingsplan og målsettinger kommuniseres til relevante samarbeidspartnere.

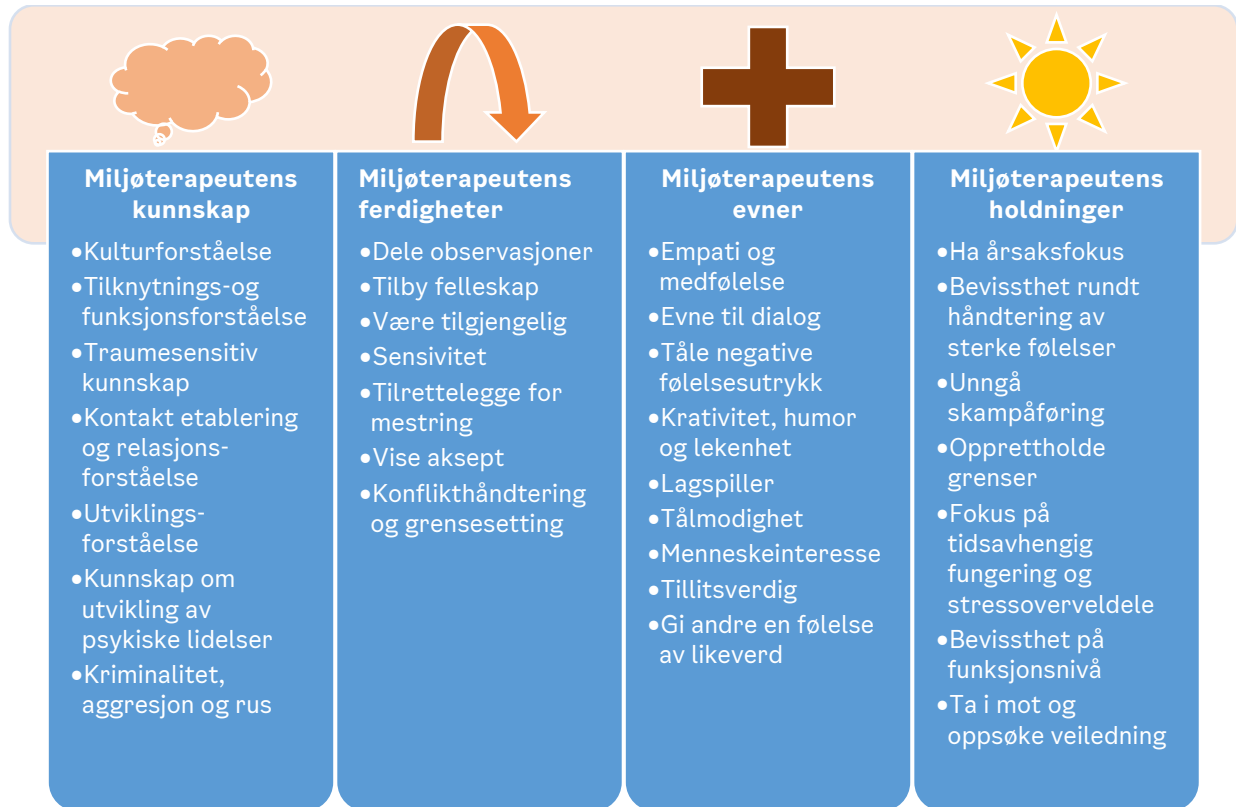
Parallelt arbeides det med samspill mellom den unge og dennes familie, og nettverk/skole. Fasen anses som ferdigstilt når målene i behandlingsplanen anses som oppnådd.

I fase 3 (generalisering) er fokuset på at endringene som den unge har oppnådd inne på enheten skal trenes på og overføres til andre settinger. Dette innebærer også at den unge, og familien, skal kunne benytte seg av sitt nettverk for håndtering av utfordringer som oppstår. Fasen anses som ferdigstilt når det vurderes at de oppnådde endringene vurderes som stabile i settingene som den unge skal operere i utenfor institusjonen (hjem/skole/arbeid/fritidsaktiviteter).

I Fase 4 (ettervern) følges den unge og familien opp en tid etter oppholdet for å sikre stabilitet og positiv utvikling. Det kan i denne fasen være behov for veiledning og hjelp til krisehåndtering.

Hva må miljøterapeuten kunne innen FBM?

Kompetanse består av ulike komponenter (Linda Lai, 2013): kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger.



I det følgende beskrives noen av de sentrale kunnskapsområdene som er skissert i tabellen mer inngående; funksjonsforståelse, kontaktetablering, relasjonsarbeid, traumespesifikk miljøbehandling og veiledning.

Tilknytning og funksjonsforståelse innebærer kunnskapen om at institusjonsplasserte barn og unge fungerer svært ulikt, avhengig av type og omfang av belastninger som de har vært utsatt for gjennom utviklingsløpet, og at vi tilpasser miljøterapien til det funksjonsnivået ungdommen har. Erfaringsvis har mange av våre unge et funksjonsnivå og en oppførsel som ligger mye lavere enn deres alder skulle tilsi, noen ganger så lavt som hos småbarn. Dette kan skyldes både genetikk, manglende omsorg og oppfølging i oppveksten og/eller at de har vært utsatt for traumer. Da kan det være riktig og viktig å lese for dem, vugge dem, sette grenser med bruk av avledning fremfor en orientering om konsekvenser, og ha samtaler som er tilpasset deres reelle funksjonsnivå og ikke deres faktiske alder.

Det understrekes at funksjonsforståelse *ikke* er til hinder for å agere eller sette grenser når situasjonen tilsier det. Derimot brukes vår funksjonsforståelse som et redskap som skal bidra til at våre intervensjoner/handlinger er tilpasset den unges funksjonsnivå.

Noen svært impulsive ungdommer må umiddelbart holdes fysisk, for å hindre eskalerende aggresjon, mens andre må gis fysisk og psykologisk rom for å kunne regulere seg ned. Noen traumatiserte og hyperaktiverte unge vil agere med fysisk angrep om andre hever stemmen. Andre ungdom som strever med lav kroppslig aktivisering kan være i behov av en mer tydelig bestemt bruk av stemme og kroppsspråk for at de skal kunne oppfatte budskapet.

Etablering av kontakt handler om hvordan vi opptrer og gir oss til kjenne i møte med den unge, for å legge til rette for en god relasjon. Hvordan hilser vi ved det første møtet? Det finnes ingen spesifikk metode for kontaktetablering, men snarere noen generelle prinsipper som kan være nyttige å ha reflektert rundt. Det handler først og fremst om å ha en bevissthet om hvordan vi kan oppfattes av andre og at mange unge på behandlingsinstitusjon ikke er der frivillig, men fordi de har opptrådt på måter som omverden anser som skadelig. Selv om mange unge ikke nødvendigvis opplever skyldfølelse for sine normbrytende handlinger, er det å bli institusjons-plassert forbundet med stor skam. Betydningen av å opptre med respekt og sensitivitet overfor den krevende posisjonen og betingelsene ungdommen befinner seg under, er essensielt. Generelle tommelfingerregler ved første møte er å opptre med:

- Åpent kroppsspråk
- Vennlig blikk
- Nøytralt og vennlig toneleie
- Unngå tvetydig kommunikasjon som ironi før en kjenner ungdommen

Ikke alle ungdom ønsker å håndhilse eller si hei. Det kan derfor være lurt å få tips av kollegaer som kjenner ungdommen på forhånd, samt ikke ha forventninger om betydelig verbal kommunikasjon. Et vennlig «hei» kan noen ganger være mer enn nok.

Det er viktig med bevissthet fordi kontaktetablering representerer det første steget i prosessen med å etablere en relasjon med den unge. Det er nettopp gjennom etablering av en relasjon til den unge, at vi kan komme i posisjon til å hjelpe dem med det de sliter med og dermed utføre et virkningsfullt miljøterapeutisk arbeid.

Arbeid med relasjonsutvikling Begrepet relasjon kan beskrives som en følelsesmessig forbindelse mellom to mennesker som gjensidig påvirker hverandre. Menneskets utvikling av tillit, følelser, språk, tenkning, selvopplevelse, samt evne til å regulere behov og atferd, skjer vanligvis gjennom den relasjonen som dannes med den første (primære) omsorgspersonen (Bowlby, 1958).

Mange av ungdommen vi møter på behandlingsinstitusjon har store vansker i sin relasjon til seg selv, andre, og samfunn. Det er en miljøterapeutisk målsetting på vår barnevernsinstitusjon at den unge skal få oppleve at det å være i relasjon til et annet menneske oppleves trygt og godt, og at denne forbindelsen kan overføres og gjenskapes med flere. Miljøterapeuter arbeider i grensesnittet mellom å være

profesjonelle hjelpere og å være betydningsfulle voksne. Det er i dette grensesnittet vi utvikler troverdige relasjoner. I begrepet troverdige relasjoner ligger en forutsetning om voksne som tydeliggjør sin rolle ovenfor ungdommen i ord og handling.

En viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet handler derfor om å legge til rette for at den unge kan knytte seg til miljøpersonalet. Det er gjennom denne relasjonen at vi kan komme i posisjon til å hjelpe ungdommen med deres underliggende vansker. For at vi skal komme i posisjon til å hjelpe dem med dette endringsarbeidet må vi først ha etablert en terapeutisk relasjon til ungdommen.

En terapeutisk relasjon innebærer at ungdommen har opparbeidet en viss grad av tillit til at vi ønsker dem godt, at vi er til å stole på, og at vi kan være til hjelp med det de opplever som vanskelig. Arbeidet med å etablere en terapeutisk relasjon kan være både tidkrevende og utfordrende, og en bør være forberedt på at ungdommen både kan være avvisende til kontakt og/eller oppføre seg svært ufint. I dette relasjonelle arbeidet finnes det ~~dessverre~~ heller ingen fasitsvar. Noen vil lettere etablere en god kontakt med den unge, enn andre. Det kan handle om faktorer en selv ikke rår over som f.eks. kjønn, alder, etnisitet, eller at en har felles interesser. Noen generelle prinsipper for hvordan en bør arbeide med kontaktetablering gjør seg imidlertid gjeldende:

- Evne til å opptre forutsigbart, sensitivt og ikke-dømmende overfor den unges signaler og væremåte.
- Strekke seg for at den unge skal føle seg forstått og respektert.
- Være på tilbudssiden, men tydelig på sin rolle, ikke gi løfter en ikke kan holde.
- En må også være innstilt på tåle å bli avvist uten å avvise tilbake.

Traumespesifikk omsorg og følelsesregulering Ungdommer med atferdsproblematikk er ofte traumatiserte og har derfor store vansker med følelsesregulering. Følelsesregulering baseres på to gjensidige prosesser: terskel for følelsesmessig aktivering og ferdigheter i å regulere følelsene. Følelsesregulering omfatter med andre ord ferdigheter i å kunne oppdage, overvåke, dempe, hemme, fremkalle, holde fast ved og forsterke følelsesmessige erfaringer og uttrykke seg selv, samt å kunne tilpasse følelsesuttrykkene slik at de er hensiktsmessige og aksepteres.

Hos ungdom med atferdsproblematikk kan deres reguleringsvansker komme til uttrykk på ulike måter. Noen opplever et konstant sinne som de agerer ut fordi de mangler språk for å regulere og dempe dem. Noen mangler evne til å oppfatte følelser både hos seg selv og andre, og kjenner i stedet på tomhet og kjedsomhet som de agerer ut gjennom å gjøre «gale ting». Noen kjenner lite, men kan bli plutselig overveldet av følelser, impulser og ubehagelige minner som de agerer direkte uten å tenke seg om. Noen kan veksle mellom å overveldes av følelser og ubehagelige minner for i neste øyeblikk oppleve at de ikke føler noe som helst.

En av de viktigste målsettingene i forsterket behandlingsmodell er å bedre ungdommens følelsesregulering. De delene av hjernen som regulerer affekt eller følelser opprettholder sine plastiske egenskaper fra tidlig utvikling frem til voksen alder (Schoore, 2003). Dette betyr at det er gode muligheter for at ungdom kan lære seg nye måter å mestre følelser på. I arbeidet med følelsesregulering er det viktig at miljøterapeuten er observante på ungdommens følelsesuttrykk eller mangel på sådan. Det å være tilstede med ungdommen i følelser og «føle noe av det de føler» uten å fordømme eller bagatellisere gir ungdom en opplevelse av trygghet, aksept og samhørighet mens de lærer om følelser. Noen ungdom profiterer på reguleringshjelp gjennom at vi setter ord på følelser når de er urolige, mens andre vil trenge fysisk kontakt for å kunne nedregulere seg. Noen tåler i liten grad at vi benevner deres følelsestilstand og trenger fysisk aktivitet for å kunne regulere seg ned.

Sterke negative følelsesuttrykk vekker ofte ubehag og negative følelser hos den utsatte. I slike situasjoner er det essensielt at en regulerer egen følelsesaktivering slik at en kan få tenkt før en handler i situasjonen. Beholde ro og kommunisere med rolig stemme kan ofte hjelpe ungdom med dempe egne følelsesuttrykk. Samtidig må en være klar over at en i enkelte tilfeller må opp i følelsesmessig aktivering og toneleie for at ungdommen skal føle seg forstått og oppfatte budskapet.

Veiledning Miljøterapeutisk arbeid med ungdom som agerer ut sine underliggende vansker er utfordrende, og deres reaksjonsmønstre kan være både vanskelige å forstå og holde ut. Derfor har vi veiledning fra psykologer, både ukentlig for de som er på jobb og månedlig gjennom prosessveiledning. Veiledning har flere formål: Den skal bidra til å trygge miljøterapeuten i sitt arbeid med de unge, samt motvirke at miljøterapeuten blir fanget i uheldige samspillsmønstre som unge med atferdsproblematikk kan innby til og provosere frem. Veiledning skal også sikre at miljøterapien er i overensstemmelse med behandlingsplanen, samt forebygge slitasje i personalgruppen.