



## Høring av Barneverninstitusjonsutvalgets NOU 2023:24

### Hørings svar fra Nasjonalt implementeringsteam FACT ung

Dato: 19.01.2024

Vår ref.: 6/2024 (v/ NTNU Samfunnsforskning, NAPHA)

Vi takker for muligheten til å komme med innspill.

Utvalget har laget en grundig rapport som peker på mange av utfordringene som finnes i dag, samt forslag til løsninger for disse. Samtidig har det den siste tiden kommet flere utredninger, rapporter og retningslinjer som retter seg mot de samme tjenestene og delvis samme målgruppe for å gi bedre helsehjelp til barn og unge med sammensatte vansker, både i og utenfor barnevernet: NOU 2023: 7; NOU 2023: 24; NOU 2023: 4; NOU 2023: 8; «Tematisk organisering av psykisk helsevern»; «Tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet»; «Nasjonalt forløp for barnevernet. Kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus» m.fl.

De forslåtte initiativene fra disse må sees i sammenheng med det videre arbeidet med oppfølging av barneverninstitusjonsutvalget for å komme frem til gode, sammenhengende og langvarige løsninger både for de involverte tjenestene og de unge dette gjelder.

Vi avgrensner i hovedsak våre innspill til det som omhandler hvordan helsetilbudet bør organiseres knyttet opp mot det framtidige institusjonsbarnevernet. Erfaringene vi over tid har fått med å etablere FACT ung som sektorovergripende, tverrfaglige og oppsøkende/arenafleksible tilbud for ungdom som trenger langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer vil være særlig viktige når en skal styrke helsetilbudet til denne gruppen av ungdom i barnevernet.

FACT omtales i utredningen (kapittel 10), men vi kan ikke se at utvalget trekker kunnskapen og de erfaringene vi har med FACT ung-modellen i Norge videre inn i arbeidet når det gjelder ungdom som flytter på institusjon. Vi utdyper i dette hørings svaret derfor erfaringer med FACT ung-modellen i Norge. Det videre utviklingsarbeidet for å gi bedre helsehjelp og oppfølging til ungdom som flytter på institusjon, bør i større grad la seg inspirere av disse erfaringene for å gi et mer helhetlig og sammenhengende behandlings- og oppfølgingstilbud til ungdom på institusjon.

Utvalgets manglende vurdering av hvordan etablering av helseteam står i forhold til Helse- og omsorgsdepartementets satsing på FACT ung er særlig bekymringsfull, og våre vurderinger rundt dette utdypes i pkt. 1.2.

Målgruppen til FACT ung inkluderer barn i barnevernet. Som utredningen omtaler har mange ungdommer i FACT ung et tilbud fra barnevernet, og teamene har samarbeidsavtaler og løpende samarbeid med barnevernet. De fleste teamene har fungert i under to år, og det er ennå i begrenset grad etablert strukturert samarbeid med institusjonsbarnevernet. Utredningens påpekning av behovet for en styrking av helsetilbudet i barneverninstitusjonene blir dermed også viktig i den videre utviklingen og utrulling av FACT ung i Norge.

## **Om nasjonalt implementeringsteam for FACT ung**

Nasjonalt implementeringsteam for [FACT ung](#) (NIT ung) koordinerer den samlede implementeringsstøtten for satsingen på FACT ung-team i Norge. Satsingen delfinansieres av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom en egen tilskuddsordning som forvaltes av Statsforvalterembetene. Målet for tilskuddsordningen er å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske helseutfordringer og problematisk rusmiddelbruk, med særlig vekt på barn og unge som har behov for langvarig, tilpasset og/eller sammensatt oppfølging. Implementeringsarbeidet finansieres gjennom egne midler på statsbudsjettet, og skjer i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Bufdir.

Implementeringsteamet ledes av **Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)** og har representanter fra ulike kompetansetjenester, henholdsvis **Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)**, **Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP øst og sør)**, **Regionalt kunnskapsenter for barn og unge (RKBU vest)** og **Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP)**. NIT ung skal bistå kommuner og spesialisthelsetjenester for barn og unge i å etablere FACT ung-team, og gi omfattende implementeringsstøtte, inkludert opplæring og veiledning, til etablerte team.

## **Forslaget om å opprette helseteam må vurderes opp mot Helse- og omsorgsdepartementets satsing på FACT ung**

Utredningen foreslår at det opprettes helseteam knyttet til hver institusjon, og at den nåværende ordningen med ni team etablert / under etablering bygges ut videre.

Opgavene til et helseteam omtales primært i kapittel 10.5.1, og følgende oppgaver foreslås:

- Tverrfaglig helsekartlegging (jf. kapittel 9)
- Det skal gi et bredt sett med behandlingsrettede, helsefremmende og ressursorienterte tiltak – inkludert rus (jf. kapittel 11)
- Det skal gi et ambulant/oppsøkende/arenafleksibelt tilbud
- Det skal gi veiledning til ansatte ved institusjonen
- Det skal samarbeide med øvrige tilbud (frivillige aktører, utekontakt, skole, legevakt, hjelpetelefoner, politi, mv.)

Det finnes ifølge utvalget gode eksempler på hvordan et slikt samarbeid fungerer i dag, og at dette bør utvikles videre til en nasjonal og gjennomgående struktur.

Vi er dypt bekymret over helseteamsatsingen slik den er tenkt realisert. Vi vil særlig peke på fire forhold (utdypes under):

- innføring av et nytt koordinering- og oppgaveavklaringsbehov
- det direkte konkurranseforholdet mellom helseteam og FACT ung mht. fagressurser fra PHBU
- den svake empiriske analysen av ressursbehovet for helseteam

- behovet for en avklaring av FACT ung sin eventuelle håndtering av oppgaver helseteamene er tenkt å ivareta

Vi vil derfor sterkt anbefale at BFD og HOD iverksetter et arbeid for å se hvilke av helseteamenes foreslåtte oppgaver som bør ivaretas i regi av FACT ung, og hvilke ressurser dette vil kreve. Slik vi ser det bør utgangspunktet være at mye bør ivaretas innen ett team, både for å unngå unødige koordineringsbehov mellom instanser, men også for å sikre kontinuitet i oppfølging av ungdommen før, under og etter en innleggelse i barnevernsinstitusjon.

Som det framgår av utvalgets egen beskrivelse av FACT ung (Boks 10.1 s. 132) inngår de fleste oppgavene listet opp ovenfor, i tilbudet som gis av et FACT ung-team, også overfor ungdom som er i barnevernet. Etablering av helseteam i tillegg til FACT ung-team innfører dermed et nytt koordinering- og oppgaveavklaringsbehov. Utredningen viser flere steder til den manglende koordineringen av innsatser overfor målgruppen. Når utredningen foreslår at det skal opprettes helseteam utgått fra spesialisthelsetjenesten (PHBU) uten at man samtidig drøfter hvordan disse skal sees i sammenheng med eksisterende initiativ, går man i den samme fellen.

Spesialisthelsetjenesten preges av knapphet på faglige ressurser både FACT ung og eventuelle helseteam skal omfatte. I utrulling av FACT ung er en av de viktigste hindringene for etablering av team spesialisthelsetjenestens mangel på barne- og ungdomspsykiatere og psykologer. Forslaget i utredningen om å opprette særskilte helseteam vil dermed komme i direkte konflikt med Helse- og omsorgsdepartementets satsing på FACT ung, og slik stå i fare for å svekke helsetilbudet til barnevernpopulasjonen. Som vist i utredningen var en betydelig andel av ungdommene i FACT ung i barnevernet – om lag en tredjedel.

Vi ser allerede at det er stor pågang til FACT ung. Det er derfor ikke kapasitet til å gå inn i alle utvalgets forslag til helseteamoppgaver uten en betydelig styrking av antall team. Særlig vil dette gjelde utvalgets forslag til tverrfaglig helsekartlegging av barn som skal flytte ut av hjemmet (se kapittel 9.3.4).

Man foreslår i kapittel 29 at det bør være ett årsverk knyttet til hver institusjon. Utvalget viser til at man allerede bruker ca. 66 millioner på de ni utredningsteamene som er etablert eller er under etablering, og at et årsverk per institusjon vil medføre en dobling. Det er ikke mulig å lese ut fra utredningen hvilken analyse av oppgavene til et helseteam som tilsier en slik ressursbruk.

Utvalget foreslår også at deler av de nødvendige ressursene må tas fra BUP (kartleggingsressurser og ambulante team). Dette er nettopp de ressursene som også FACT ung er avhengig av at omdisponeres dit.

Samtidig ser vi utfordringer knyttet til at FACT ung-team skal ivareta alle oppgaver som foreslås i utredningen. Delvis kan disse løses ved at departementene går sammen om en større utbygging av FACT ung – dvs. at man etablerer flere team enn en mer avgrenset oppgaveportefølje for FACT ung vil tilsi. I tillegg må det vurderes hvordan øvrige eksisterende tjenester kan inngå i det samlede helsetilbudet. Eksempelvis vil det være rimelig at en del mer spesialiserte utredningsoppgaver gjøres i andre deler av PHBU, men da i samarbeid med FACT ung-teamet.

Det vises også til utredningens omtale av de regionale støtteteamene i regi av Bufetat i kapittel 17.7.3. Disse gir blant annet bistand i behandling av enkeltsaker og generell veiledning til personalet. En gjennomgang som skissert over må derfor – i tråd med utvalgets forslag på s. 221 – omfatte disse teamenes ansvar, oppgaver og ressursbruk.

En særskilt utfordring hvis FACT ung skal dekke mye av helsehjelpen til barneverninstitusjonene, er ansvaret for oppfølging av barn under 12 år i slike institusjoner, ettersom FACT ung har en målgruppe fra 12–24 år. Og som for institusjonspopulasjonen ser vi at den langt største andelen

av ungdom i FACT ung er 12–17 år. Barn under 12 år utgjør dog en liten andel av institusjonspopulasjonen (om lag 7 % – 100 barn). Samtidig sammenfaller inndelingen over/under 12 år også den inndeling mange polikliniske enheter i BUP har.

En viss andel av ungdom i institusjonsbarnevernet med behov for helsehjelp vil kunne benytte seg av de ordinære polikliniske tjenestene i PHBU, og slike relasjoner kan i en del tilfeller også være etablert i forkant av institusjonsoppholdet. Etter en vurdering av hjelpebehov og eksisterende tilbud bør denne gruppen gis et ordinært tilbud slik også tenkningen er i FACT ung: unngå unødige særtilbud – primært benytte ordinære tjenester.

## **Føringer for den videre oppfølgingen av utredningen**

Det er en omfattende utredning, med totalt 50 konkrete forslag. Vår anbefaling over tilsier at det må arbeides videre med realisering av utredningens ulike forslag, og den må sees i sammenheng med øvrige utredninger, rapporter og retningslinjer de senere år (jf. over). Under beskriver vi kort perspektiver vi mener bør ligge til grunn for den videre oppfølgingen av utredningen, og hvordan FACT ung har som ambisjon å ivareta disse.

### **Behandling, hjelp og oppfølging må bygge både på barnas behov og deres ressurser.**

Også i satsingen på FACT ung er dette sentralt, og inngår både i opplæring av teamene, i modellbeskrivelse og øvrig materiale. Det inngår også i teambemanningen ved at man har både erfaringsspesialist og recoveryspesialist, og ved at den nasjonale satsingen har knyttet til seg et ungdomspanel med erfaring fra psykisk helsetjenestene (også FACT ung). Utvalget påpeker en rekke steder at institusjonsbarnevernet i for liten grad har ivaretatt et medvirknings- og ressursperspektiv, en kritikk som også har relevans for de psykiske helsetjenestene for barn og unge. Oppmerksomhet på hva dette betyr i det daglige helsearbeidet sammen med ungdommen må derfor forstås som langsiktig og kontinuerlig endringsarbeid på individ-, team- og enhetsnivå.

### **Behovet for samhandling og koordinering av tilbud fra ulike sektorer og instanser må imøtekommes.**

Barnevernsinstitusjonsutvalget foreslår i punkt 1 at det skal være felles faglige føringer for helsetjenestene og barnevernet. Erfaringene fra implementeringen av FACT ung-team er at det krever et samarbeid på mange nivå, også i forvaltningen, inkludert på departements- og direktoratsnivå, og at man gjør en grundig gjennomgang av lovverk, finansiering og teknologiske ressurser knyttet til aktuelle tjenester som skal følge opp barna. Dette forutsetter at det er en felles faglig forståelse og faglige føringer på overordnet nivå.

Det at den tverrfaglige helsekartleggingen legges til helse vil i større grad forplikte spesialisthelsetjenesten og gjøre veien til helsehjelp kortere. Vi støtter også tenkningen om egne team knyttet til institusjonene, hvor dette bør være tverretatlige og tverrfaglig team som inkluderer både helse, barnevern og skole. Den tverrfaglige kartleggingen skal i tillegg til helse, også inneha en risikovurdering og et tilrettelagt opplæringstilbud. Dette fordrer større grad av samarbeid mellom tjenestene og at alle ser det som et felles ansvar å utvikle planer for behandling og oppfølging av ungdommen. FACT ung har løst dette gjennom å samle flere tjenester i ett team.

Erfaringen fra implementeringen av FACT ung understreker også betydningen av at utdanningssektoren deltar i dette arbeid.

Videre skriver utvalget at «Statsforvalterne har en viktig rolle i å etterse at tilbudet barna får er forsvarlig. I dag er tilsynet for sektorisert, og vurderer ikke i tilstrekkelig grad barnas helhetlige tilbud. Utvalget mener derfor at det regelmessig skal føres felles tilsyn på tvers av barnevern, helsetjenester og skole for barn som bor på institusjon.» slik som foreslått i punkt 4. Vi i Nasjonalt implementeringsteam støtter en slik tilnærming. I det nasjonale implementeringsarbeidet samarbeider vi blant annet med Statsforvalterne, og er i en tidlig fase av å inkludere de ulike statsforvalterembetene for aktuelle områder som berører ungdommer i målgruppen til FACT ung-teamene (barnevern, skole, helse). Vi opplever i likhet med utvalget at denne samhandlingen innad i embetene er for svak. Erfaringene med implementering av FACT-team, både for voksne og unge, viser at det er et behov for et tettere samarbeid også i forvaltningen.

### **Institusjonstilbudet – og dermed også helsehjelpen – må speile at ungdommene ikke har tydelige og avgrensede behov.**

Utvalget drøfter, særlig i kapittel 17, det uheldige i at institusjonsbarnevernet har vært for oppdelt, uten at dette har vært en inndeling som fanger opp ungdommens skiftende og mangeartede behov. Dette er også et argument for at den helsehjelpen som skal gis må være tverrfaglig og kunne gi et bredt sett av tilnærminger overfor en målgruppe.

Utvalget foreslår et skille mellom «behandling/helsehjelp» og «omsorg og utviklingsstøtte». Formålet med institusjonene bør være «omsorg og utviklingsstøtte», mens helseteamene skal gi behandling/helsehjelp. Vi er tvilende til om dette skillet er hensiktsmessig, da det er vanskelig å si hvor det ene slutter og det andre begynner. Med samme begrunnelse er det også sentralt at helsehjelpen anerkjenner utfordringene med å skille mellom helsehjelp og omsorg/utviklingsstøtte.

Vi er enig i utvalgets påpekninger av perspektivforskjellene mellom barnevernet og det psykiske helsetilbudet, og dermed vurderingene av behovet for helsehjelp. Dette er en av de viktigste begrunnelsene for den tverrfaglige sammensetningen av et FACT ung-team, hvor en på daglig basis samhandler for å avstemme tilnærminger og utvikle et tilbud som ivaretar flere faglige og institusjonelle perspektiv samtidig. Med dette mener vi at det også er viktig å inkludere et kommunalt psykisk helseperspektiv, jf. utvalgets påpekning av at de mange flyttingene med dagens institusjonsinndeling vanskeliggjør samarbeid med den kommunale helsetjenesten.

### **Institusjonsbarnevernet må inngå som del av et nettverk av tilbud til ungdom.**

Det er viktig at et opphold i en barneverninstitusjon tenkes som en del av et «livsløp» for en ungdom, hvor det har vært tilbud fra ulike instanser i forkant, under og i etterkant av oppholdet. Delvis vil dette være i form av andre tilbud fra barnevernet, delvis vil det være andre kommunale tilbud (eksempelvis PPT og skolehelsetjeneste) og delvis vil det være fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten (særlig BUP).

Utvalget er opptatt av at det skal være færrest mulig relasjonsbrudd i tilbudet til en ungdom som tilbringer en del av sitt liv i en barneverninstitusjon. Samtidig bruker utvalget flere steder kjedebegrepet (eksempelvis s. 107). Kjedebegrepet gir en forståelse av at tilbud kun gis i sekvens, og at sekvensene må henge sammen. Kjedebegrepet legger dermed opp til relasjonsbrudd – noen andre «tar over» som neste ledd i kjeden. Vår forståelse av tilbudet til denne gruppen med omfattende behov er at det gis integrert som et behandlingsnettverk. Også i et behandlingsnettverk gir ulike instanser tjenester med varierende tyngde delvis parallelt og delvis i sekvens i løpet av en ungdoms liv, men ved at det skjer integrert unngår man at hver del av tjenestene kun gjør «sin» oppgave, at ingen tar helhetlig ansvar og at man i verste fall drar i

ulike retninger. Og i behandlingsnettverket ivaretar én instans kontinuitet og koordinering. Dette mener vi FACT ung i stor grad ivaretar. Et FACT ung-team skal følge opp unge over tid. I praksis vil det si at en et team kan gi tilbud til ungdom i institusjon både forut for, under og etter institusjonsoppholdet. Dette vil gi økt kontinuitet i oppfølgingen. Teamene skal også følge opp ungdom som mottar tiltak fra barnevernet uten at de bor på institusjon. Den videre utbygging av FACT ung med hensyn til kapasitet, styrket samarbeid med barnevernet og bedre geografisk nærhet til barneverninstitusjoner, vil kunne resultere i slik involvering i alle FACT ung-team. Omfanget framover vil være avhengig av avklaringene mellom BLD og HOD om rollen til FACT ung vs. helsetilbudet i barneverninstitusjoner.

### **Utredning og behandling av rusmiddelproblemer må være et hovedansvar for helsetjenestene.**

Vi mener, som utvalget, at utredning og behandling av rusmiddelproblemer må sees i sammenheng med psykisk og fysisk helse og at det derfor bør være et hovedansvar i helsetjenestene, ikke i barnevernet. Vi vil samtidig understreke at utredningen og behandlingen tar utgangspunkt i en helhetlig forståelse, behandling og oppfølging for barn og unge med rusmiddelproblemer. I FACT ung-modellen er integrert behandling for ROP-lidelser (IDDT) en av de kunnskapsbaserte modellene som teamene skal jobbe i tråd med. IDDT anbefales også i ROP-retningslinjen for voksne. Et viktig punkt er likevel at en del av det praktiske materialet i IDDT-manualen bør tilpasses den yngre populasjonen.

### **Arbeid, utdanning og sosial tilhørighet må være en integrert del av både helsehjelpen og institusjonsbarnevernets omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse**

Avslutningsvis ønsker vi å understøtte utvalgets fokus på at hjelpen og støtten bør gis der barna har tilhørighet så langt det lar seg gjøre, og at institusjonene skal anerkjenne og støtte opp under verdien av at barna skal kunne leve selvstendige liv som voksne. Utdanning, arbeid og sosial tilhørighet er viktige faktorer for å sikre dette. Stabile relasjoner til instanser som skole og PPT vil derfor ha stor betydning for disse barna; mange flyttinger og opprivende livssituasjoner skaper utfordringer med kunnskapshull, skolegang og manglende evne til konsentrasjon og læring over tid.

Det er derfor avgjørende at alle relevante aktører trekkes inn i arbeidet med å sikre et godt hjelpetilbud, og at man i oppfølgingen av utredningen inkluderer en gjennomgang av lovverk, økonomi, holdninger og teknologiske løsninger på tvers av forvaltningsområder.