

Til Barne- og familiedepartementet

Høringsinnspill til NOU 2023: 24 Med barnet hele veien, *Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*

Innledning

Vi takker for muligheten til å komme med innspill til NOU 2023: 24 – Med barnet hele vegen, Barnevernsinstitusjonsutvalgets rapport. Vi takker også for at vi fikk være med i profesjonsrådet.

Akademikerforbundet tilhører hovedsammenslutningen UNIO og organiserer ulike profesjoner i velferdsstaten, deriblant barnevernspedagoger og andre som jobber i barnevernet og andre tjenester og instanser som møter barn, unge og deres familier, både i offentlig og privat sektor.

Høringsuttalelsen er i hovedsak utarbeidet av faggruppen Barnevernspedagogene i

Akademikerforbundet (BiA). Vårt arbeid retter seg mot å styrke vilkårene for utsatte barn, unge og deres familier gjennom det samfunnsmandatet, oppgavene og kompetansen barnevernspedagogene har for å bidra til en god oppvekst for alle.

Vi vil takke Barnevernsinstitusjonsutvalget, ungdomsutvalget og profesjonsrådet for det store arbeidet som er lagt ned for å finne gode løsninger for at barn og unge med svært belastende livs- og omsorgssituasjoner kan få god hjelp.

Om barnevernspedagogen

Barnevernspedagogene har et sentralt kompetansebidrag i velferdstjenestene for barn, ungdom og familier, og er særlig sentrale i barnevernet. Sammen med flere profesjoner er de viktige garantister for at barn og ungdommers rettigheter skal innfris i et felt med behov for flere profesjoners bidrag og samhandling.

Barnevernspedagogenes samfunnsmandat handler om at barn og ungdom skal tas på alvor i sin hverdag, i sin kontekst. Med utviklingsøkologisk tilnærming og barnevernsfaglig kompetanse er barnevernspedagogen sentral i det tverrfaglige arbeidet rundt barn og unges oppvekst, og jobber særlig med

å styrke barn og unges livs- og omsorgsbetingelser i samarbeid med barn, ungdommer og foreldre og familier. Barnevernspedagoger kjennetegnes av et genuint engasjement, stolthet og et krystallklart fokus på å sikre det som er til barnets beste.

Barnevernspedagoger har i dag den mest etterspurte kompetansen i tjenester for utsatte barn og unge. Det at Norge har en egen utdanning som kvalifiserer for arbeid med barn i en utsatt livssituasjon forteller noe om Norge, om våre verdier og hvordan vi erkjenner barndommens egenverdi. Vi mener at utdanningen må utvikles som en fagintegreert klinisk orientert master. Dette er i tråd med kompetansekravet som gjelder for det kommunale barnevernet fra 2031, er i tråd med Bufdirs anbefaling fra kompetanseutredningen fra 2020, og vil styrke det grunnleggende barnevernsfaglige nivået både i det kommunale barnevernet, i barnevernsinstitusjonene og andre steder der barnevernspedagoger jobber.

Overordnede innspill om utvalgets rapport

Vi stiller oss bak beskrivelsene av utfordringsbildet og intensjonene som legges til grunn i NOUen. Det er en bredspektret rapport, som løfter frem sentrale dilemma og utfordringer når det gjelder tilbudet til de barn og unge som lever med svært utsatte livs- og omsorgsbetingelser. Vi synes utvalget i stor grad lykkes med å sette barnet i sentrum, og å utfordre dagens system for bedre å ivareta barn og ungdommer som trenger et institusjonstilbud.

Vi stiller oss bak mange av forslagene.

Samtidig er vi kritisk til en del av de sentrale forslagene som fremmes. Bakgrunnen for vår skepsis handler i stor grad om at vi vurderer at barnevernsfeltet, som et eget fag- og forskningsområde, svekkes gjennom innretningen som legges til grunn. På mange måter synes vi å se at en del av forslagene, som skal være løsninger på ting som ikke fungerer i dag innenfor barnevernet, innebærer å legge beslutningsansvar og gjennomføring *utenfor* barnevernets kompetanseområde. Dette er en svakhet vi også påpekte i vår tilbakemelding på NOU 2023: 7 Barnevernutvalgets rapport. Vi pekte også på der at det er mange pågående endringer i feltet, som bør få virke lenger og utforskes mer flere år før vi feller dommen.

Heller enn å ta ansvar og ressurser ut av barnevernet, både kommunalt og statlig, bør sektoren tilføres nye midler.

Konsekvenser av å frata barnevernet handlingsrom og ansvar er at det blir dårlige vilkår for arbeidet i møte med barn, unge og familier, og utviklingsvilkårene for fagområdet svekkes. På mange måter innebærer deler av forslagene i NOUen at det helsefaglige perspektivet, og de helsefaglige rammene og systemene trumfer det barnevernsfaglige. Vi tror ikke det er en klok tilnærming for ivaretagelse av noen av de mest sårbare i vårt samfunn.

Forholdet mellom helse og barnevern

Vi merker oss at begrunnelsen for å legge ansvaret for tverrfaglig helsekartlegging til helseforetakene blant annet er fordi helsepersonell ikke ønsker å bruke tid på å gjøre sakkyndige utredninger utenfor sitt eget system. Det begrunnes også med at de ikke kan yte helsehjelp innenfor disse rammene, og at de ikke har tillit til at barnevern og fastleger vil følge de anbefalinger de gir. *Det setter et sterkt press på barnevernsfeltet å si at bidrag fra en annen sektor ikke kan skje uten at hjelpen gis innenfor rammene av egen sektor.* Dette er etter vårt syn en fallitterklæring for tverrfaglig samarbeid i Norge i 2024. Vi er bekymret for konsekvensene dette gir for barnevernets mandat, for utvikling av barnevernsfaglige tiltak og metoder, og for den hjelpen barn, unge og familiene får.

Vi oppfatter at situasjonen og løsninger som foreslås knyttet til andre sektorer, som utdanning og justis, ikke innebærer de samme utfordringene, og at en der på bedre måter kan skissere opp grenseoppgangene mellom de ulike mandat og ansvar og samtidig samhandle. Her er det noe å lære.

Våre alternative forslag til løsninger er et forsøk på å sette barnevernssystemet i stand til å ha nødvendig eierskap til det barnevernsfaglige arbeidet i møte med barn, unge og familier, der koordinert og samordnet hjelp kan gis og ressurser kan utløses til beste for barn.

Tverrfaglig helsefaglig kartlegging og nasjonalt forløp

Helsetjenestens mandat er å gi hjelp til alle barn. Barnevernsinstitusjonenes målgruppe er ikke annerledes enn andre barn, og trenger i tillegg til et godt

helsetilbud et barnevernsfaglig omsorgs- og behandlingstilbud grunnet utfordringer i sin livs- og omsorgssituasjon.

I Norge er det barnevernet som er gitt mandat å ivareta barn og unge mellom 0-18 år som står i denne situasjonen, og til ungdom mellom 18-25 år som trenger ettervern.

Tverrfaglig helsekartlegging, og nasjonalt forløp for barnevern, er virkemidler som er laget blant annet for at den strukturelle diskrimineringen av barnevernets barn knyttet til å få et likeverdig helsetilbud skal opphøre.

Det nasjonale forløpet er langt fra implementert i kommunene, men ideen (og erfaring fra de kommunene som har startet opp) med ansvarsforholdene der er at det er barnevernet som tar ansvar for igangsetting av prosessen, der en starter med å innhente nødvendig samtykke, tar kontakt med rett instans, følger aktivt opp underveis sammen med helsetjenestene, og tar ansvar for å avrunde forløpet og evt. sikre en plan for videre samarbeid, og foreta barnevernsfaglige vurderinger og beslutninger. I løpet av denne prosessen er helsetjenestene forpliktet til å yte helsetjenester dersom kartleggingen viser at barn har et helsebehov. Dette er en betryggende struktur for barnevernet, som driver sitt barnevernsfaglige arbeid samtidig, om det er i undersøkelsesfasen, i hjelpetiltaksfasen eller der barnet er under omsorg. Fordi, det helsefaglige ansvaret innebærer at barnevernet både får mer konkret helsefaglig kunnskap om barnet som de innlemmer i sine barnevernsfaglige skjønnsvurderinger, og fordi helsetjenestene skal tilby nødvendig helsehjelp der det er avdekket behov.

Vi antar at samme ide ligger bak den tverrfaglige helsekartleggingen. En av forskjellene på de to er blant annet at både den barnevernsfaglige kompetansen og den helsefaglige kompetansen er mer spesialisert enn det barnevernstjenestene og helsetjenestene på kommunalt nivå er i det nasjonale forløpet. (Nasjonalt forløp kan også inkludere spesialisthelsetjenestene, men henvisningene dit ønskes ofte etter at det kommunale førstelinjeleddet har vært koblet på.) En annen forskjell er at det teamet som skal utføre den tverrfaglige helsekartleggingen skal avlevere en felles rapport, der de helsefaglige og barnevernsfaglige perspektivene integreres i vurderingene, inn mot barnets behov for videre omsorg. I

nasjonalt forløp er det oftest en tjeneste om gangen som gjør sin kartlegging og vurdering, der barnevernet må innlemme dette i sitt helhetlige vurderingsgrunnlag.

Barnevernsfaglig autonomi

Etter vårt syn innebærer blant annet forslaget om at helse skal ha ansvar for tverrfaglig helsekartlegging, forslaget om at rusbehandling for barn og unge med behov for spesialisert rusbehandling skal ut av barnevernet, og forslaget om at begrepet behandling tas ut av barnevernsloven og dermed ut av barnevernets faglighet og ansvarsområde, at barnevernet som fagfelt svekkes. Dermed svekkes barnevernets muligheter for å gi god barnevernsfaglig hjelp. *Vi vil advare sterkt mot en utvikling der det kommunale og statlige barnevernet vingeclippes når det gjelder ansvar og beslutninger.*

Forslagene griper reelt sett inn i kompetansen og handlingsrommet barnevernet i dag er gitt og svekker den barnevernsfaglige autonomien. Det helsefaglige perspektivet gis forrang for det barnevernsfaglige og helselovene gis forrang foran barnevernloven. Det barnevernsfaglige arbeidet rettet mot å forebygge omsorgssvikt og atferdsvansker svekkes, og ved høy grad av kompleksitet så eier ikke barnevernet lenger beslutningslinjene for å gjøre gode beslutninger til barnets beste.

Hensiktsmessig samhandling og ansvarsdeling

Vi ser definitivt verdien av de tverrfaglige helsefaglige kartleggingene som grunnlag for vurderinger, tilpasninger og beslutninger om barn som må flytte fra sine foreldre. Vi mener at det er en fordel at disse kan gjennomføres så tidlig som mulig etter at barnevernstjenesten initierer sak for barnevernsnemnda.

Vi mener det er hensiktsmessig å se tverrfaglig helsekartlegging som et sakkyndig arbeid, gjort i felleskap mellom flere profesjoner, ledet av ansatte i Bufetat, med adressat det kommunale barnevernet, som er eier av rapporten.

Når det gjelder bekymringen som utvalget beskrives at helsepersonell har for at de ikke kan yte helsehjelp i dagens system, så mener vi at barns behov for helsehjelp skal og bør være ivaretatt lenge før det fremmes sak til barnevernsnemnda om omsorgsovertakelse eller vedtak knyttet til

behandling. For det første skal barn med utfordringer kunne fanges opp i det ordinære helseapparatet i kommunen, de skal kunne henvises videre derfra. For det andre har barnevernstjenesten nå en plikt til å vurdere om helsetjenester skal kobles på allerede i undersøkelsesfasen gjennom nasjonalt forløp.

Formålet med den tverrfaglige helsekartleggingen er både å se hele barnet og se ulike utfordringer og tilstander både isolert og i sammenheng, og kunne gi anbefalinger om sentrale faktorer for barnet knyttet til fremtidig omsorgssituasjon, for at barnevernstjenestene skal kunne tilpasse og følge opp på en adekvat måte til barnets beste. Vi oppfatter at utvalgets forslag dreier intensjonen med tverrfaglig helsekartlegging til at det er riktig helsehjelp som er hovedformålet. Vi mener dette selvsagt skal ivaretas, men det må etter vårt syn skje i helselinja, og ikke på bekostning av de viktige vurderingene et sakkyndig arbeid kan bringe til torgs for de barnevernsfaglige vurderingene i regi av barnevernet.

Vi er glade for at utvalget fremhever betydningen av at noen barn vil trenge omfattende hjelp både fra barnevernet og helsetjenestene. Vi er svært opptatt av å styrke samhandlingen mellom de ulike sektorene, men barnevernets mandat og myndighet kan ikke svekkes slik som foreslås.

Hvis helsetjenestene på det spesialiserte nivået ikke kan bidra som ønsket innenfor rammen av det barnevernsfaglige arbeidet, slik det kan se ut av det utvalget skriver, kan en løsning være å utvikle andre måter å sikre en helhetlig tilnærming på. Et forslag kan være at det lovfestes at når det fremmes sak om omsorgsovertakelse eller flytting til institusjon, så plikter BUP, evt. Habiliteringstjenesten el., å sørge for at det foreligger en kartlegging, og at det tilbys helsehjelp ved behov. Altså at systemet for nasjonalt forløp også kan gjelde her. Da inngår helsefaglig ivaretagelse av barnet i helsetjenestenes mandat fra før, fordi barnevernet sørger for at et barn med helsebehov fanges opp av helsetjenesten. Med en slik løsning har barnevernstjenesten definitivt ansvaret for å innlemme den helsefaglige informasjonen i de barnevernsfaglige vurderingene, for å tilpasse omsorg, behandling og oppfølging til barnets beste. Arbeidet med dette kan gjerne foregå i samarbeid

med et fagmiljø i Bufetat som kan bistå, da de har ansvar for ulike omsorgs- og behandlingstiltak.

Det er sentralt at utdanningstilbud som sikrer klinisk barnevernsfaglig masterkompetanse på et spesialistnivå utvikles. Dette kan sørge for hensiktsmessige fagmiljø både i kommunene og i Bufetat for å sikre kvalitet på de barnevernsfaglige vurderingene og for å støtte opp om god samhandling med helsetjenestene. Det må derfor gjøres en særskilt satsning for å gi landsdekkende utdanningstilbud og videreutvikle barnevernspedagogers kompetanse etter en grunnleggende master som barnevernspedagog.

Vi mener at ideen med helseteam, fra spesialisthelsetjenestene knyttet til alle barnevernsinstitusjoner, er en god ide. Men, hvis de ikke kan bidra inn i arbeidet med rådgivning til barnevernsinstitusjonene uten at dette defineres som helsehjelp, så må også helsehjelpen her knyttes til det enkelte barn, gjennom at helselovgivningen fastslår at barn under omsorg av barnevernet, eller som bor i institusjon, har krav på helsehjelp.

Når det gjelder ungdom som fyller 18 år må en sammen med ungdommen avklare om det er helsehjelp og/eller barnevernets bistand som gir best hjelp. Uavhengig av dette må barnevern og helse samhandle for å gi det beste tilbudet ut fra barnets beste.

Greencard – barnets behov i sentrum

Vi har i møter med Helse- og omsorgsdepartementet (mars 2023), i brev til Bufdir og Helsedirektoratet (mars 2023) og i høringer på stortinget i familie- og kulturkomiteen og helse- og omsorgskomiteen (oktober 2023) fremmet forslag om et system som kan ivareta det enkelte barn, den enkelte ungdom og familie gjennom et såkalt «Greencard». Ideen er at barn og unge i barnevernet sine behov utløser ressurser i andre sektorer. Utvalget er inne på det når det foreslås at spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte hjelp for barn i barnevernsinstitusjoner. Vi mener at dette kan trekkes enda lenger.

Det er ikke bare helsetjenester barn i barnevernet er i behov av, de er også i behov av bistand og støtte til opplæring, arbeid og andre ressurser som andre sektorer og tjenester besitter. Det er heller ikke bare barn som er under

omsorg eller som bor på institusjon som er i behov av andre tjenester, det kan også gjelde barn i barnevernet som mottar frivillige hjelpetiltak, og som av ulike årsaker kan være like utsatt og preget av belastende livs- og omsorgssituasjoner som barn som er under omsorg eller som bor på institusjon.

På mange måter kan det være tilfeldig hvem som kommer i kontakt med barnevernet og ikke. Det gjør at barnevernet og helsetjenestene kan møte barn og unge med svært like behov og utfordringer, og med lik bakgrunn. Noe av det som kan bidra til en tydeligere avgrensning av hvilke barn som bør gis tilbud innenfor barnevernet er den pågående oppvekstreformen, som skal sikre at kommunene kommer tidligere inn og forebygger omsorgssvikt og atferdsvansker bedre. Dette innebærer også at det familiestøttende arbeidet i kommunene må styrkes.

Vi er dessverre kjent med at mange familier i barnevernet over mange år har stått i utfordrende situasjoner uten å oppleve å få nødvendig støtte og hjelp med det som er vanskelig, og endt opp med at det er barnevernet som bidrar med tiltak. På den ene siden betyr dette at barn som egentlig skulle hatt spesialisert helsefaglig hjelp ikke har fått det tidligere, på den andre siden betyr det at familieøkologien rundt barnet eller ungdommen er svekket og omsorg og behandling må skje i regi av barnevernet, selv om det i utgangspunktet ikke var omsorgssvikt som utløste krisen familien står i.

Vi kan håpe at samfunnet på sikt klare å forebygge slike situasjoner bedre, men det er å snu situasjonen på hodet å frata barnevernet ansvar på grunn av svikt i tidlig oppdagelse av utfordringer barn lever med i kommunene, eller på grunn av at barnevernets barn er diskriminert når det gjelder helsetilbud.

Uavhengig av historikk og bakgrunn, barn som lever med svært utfordrende livs- og omsorgsbetingelse skal, når det avdekkes, få ivaretatt sine rettigheter både til barnevernstjenester, helsetjenester, utdanning og å ha god livskvalitet. Vi mener at systemene for de relativt få barn og unge dette gjelder for må rigges om deres behov, for eksempel i en «greencard-ordning». Vi har ikke alle svar på utformingen av et greencard for de barna som har det verst. Derfor er vårt hovedforslag at vi ber om at dette utredes nærmere for barn i barnevernet.

Kommunenes ansvar

Å løse oppgaver på tvers av sektorer og tjenester er utfordrende. Vi har alle med oss forforståelser og perspektiver som former de vurderingene og handlingene vi som fagpersoner gjør. Men det er mulig å få til felles forståelse og grunnlag for god samhandling som er til beste for barn.

Et poeng er at hvis Norge som samfunn mener alvor med de nye bestemmelsene om kommunens ansvar i barnevernsloven, og de nye bestemmelsene i alle velferdslovene om samhandling, må kommunene sikres betydelig mer ressurser til å utvikle løsninger lokalt.

Dyrtid koster, og i 2024 ser det ut til at det er mange kommuner som strever med å oppfylle nasjonale krav til de grunnleggende instansene som kan sikre barn en god oppvekst: barnehager, skoler, SFO, helsestasjoner og fritidstilbud. Andre kommunale tjenester som er viktige for barns oppvekst og familiers liv likeså, og de statlige tjenestene som skal bistå når det er mer spesialiserte behov.

Behovet for prioritering er utfordrende for alle systemer. Nasjonale myndigheter og folkevalgte må ta et ansvar for at beslutninger om vern av barn i Norge bygger opp under at barn, ungdommer og foreldre som strever skal møte kompetente fagfolk som søker løsninger sammen med de det gjelder og andre rundt familien.

God samhandling starter i kommunen. Det er ingen grunn for at premissene som gjelder for samhandling i kommunen også kan gjelde for barn, unge og familier som trenger mer spesialisert hjelp. Vi mener at å utforske hvordan en ordning som «greencard» kan oppfylle dette.

Kommunens barnevernstjeneste er ansvarlig for barn og unge fra 0-25 år, 24-7. Dette gjelder ikke minst når barn bor i fosterhjem eller institusjon, og når de fyller 18 og skal ha ettervern. Kommunens og barnevernstjenestens rolle må støttes opp om når systemene for det spesialiserte tiltaksapparatet skal utvikles. Vi vurderer at utvalget i liten grad har belyst utfordringer og muligheter som ligger her.

Vi er veldig glade for at bedre regulering av kommunale botiltak fremmes som forslag, men utover dette gis barnevernstjenestene en liten rolle i ulike

beskrivelser og forslag til prosesser. Alle forslag som svekker deres ansvar og handlingsrom, svekker også deres evne til å ta ansvar både i et forebyggende perspektiv og i situasjoner der den spesialiserte hjelpen må inn.

Innretningen på barnevernsinstitusjonstilbudet

Vi støtter opp under intensjonene om hva barnevernsinstitusjonene skal være for barn og unge. Vi støtter også å gå vekk fra dagens målgruppedifferensiering og utforske en annen tilnærming til dette.

Vi mener at det er prematurt å innføre tun-modellen på nasjonal basis. Det er ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for dette i dag. Vi støtter utprøving og forskning på modellen, men vurderer at det er viktigere å sørge for at hovedkategorier av institusjonstilbud må etableres og sikres kvalitet på i første omgang. Den barnevernsfaglige miljøterapien og behandlingen bygger på en utviklingsøkologisk tilnærming, som jobber med de ulike driverne i barnets økologi, sammen med det relasjonelle arbeidet med det enkelte barn. Miljøterapien må differensieres knyttet til formålet med opphold i barnevernsinstitusjonene.

Det er sentralt at det gis nok ressurser til å dimensjonere og drive faglig utvikling innenfor det statlige barnevernet.

Forslag 1: Felles faglige føringer for helsetjenestene og barnevernet.

Vi støtter forslaget.

De felles faglige føringene bør også romme alvorlige tilfeller av blant annet psykosetilstander, selvskading og andre alvorlige tilstander, for å avklare ansvarsforhold.

Helse har sin tradisjon basert i medisinsk forståelse, mens barnevernsfeltet har sitt utspring i utviklingsøkologisk forståelse. Føringerne må bygge på et felles kunnskapsgrunnlag med en flerfaglig tilnærming, der helseperspektivet og det barnevernsfaglige perspektivet utfyller hverandre.

Det er mange diskusjoner og spenningsfelt knyttet til blant annet medisinerings, diagnostisering og hvem som har ansvar i de ulike tilfellene. Mange av barna som har barnevernstiltak har sammensatte vansker, utfordrende symptomtrykk og svakt nettverk og mangler omsorgspersoner som kan ivareta dem. Det må være barnets behov som er utgangspunkt for

hva slags hjelp som utløses, og hjelp fra begge sektorers ressurser tilgjengeliggjøres for barn og familier.

Forslag 2: *Flere langtidsplasser i PHBU.*

Vi støtter forslaget.

Det er mange barn og unge med psykiske helseutfordringer som trenger at spesialisthelsetjenesten øker sin tilgjengelighet både på poliklinisk støtte og behandling og døgntilbud. Det er etter vårt syn viktig å skille mellom enheter som har akutte innleggelser og de som har planlagte innleggelser.

Forslag 3: *Det etableres et eget sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn.*

Vi støtter forslaget.

Det er viktig å se på hva terskelen skal være og hva som skal ligge til grunn for innleggelse, og hvilken kompetanse de ansatte skal ha. Både barnevernsfaglig og helsefaglig personell vil være nødvendig.

Forslag 4: *Felles tilsyn med barnevern og helsetjenester.*

Vi støtter forslaget.

Det er en god tilnærming at statsforvalter bør opprette tilsynssak og aktivere samarbeidspartnere i saker der det er uklarhet i ansvarsforholdene. Dette er i tråd med at barnet og familien ut fra individuelle vurderinger må ha tilgjengelig hjelp uavhengig av hvilken instans den gis fra.

Forslag 5: *Ungdomsenhetene utvides med lavsikkerhetsplasser.*

Vi støtter forslaget.

Viktig med barnevernsfaglig kompetanse i dette tilbudet.

Forslag 6: *Soning av straff med fotlenke i barnevernsinstitusjon*

Vi støtter ikke forslaget.

Vi forstår hensikten med forslaget, men i praksis kan dette medføre en sammenblanding av straffegjennomføring og samfunnsvern. Fotlenke som straffereaksjon i det hele tatt for unge bør diskuteres.

Erfaringene fra samarbeid med kriminalomsorgen og institusjoners involvering i gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging viser at

man kommer opp i mange dilemmaer som vanskelig lar seg løse uten at man kommer i "konflikt" med ansvarlig sektor, i dette tilfellet kriminalomsorgen. For barnet blir det uklart om institusjonen er der for å jobbe med nødvendige endringsprosesser barnet er avhengig av for å få en positiv utvikling eller om vi er kriminalomsorgens forlengede arm for å sikre at straffegjennomføring og premissene for denne går riktig for seg. Å måtte melde om avvik eller bruddårsaker til kriminalomsorgen når barnet gjør ting det er plassert på institusjonen for å få hjelp til å jobbe med, styrker ikke barnets tillit og relasjon til institusjonen og miljøterapeutene. Sånn sett så risikerer man at ungdommen vil vegre seg for å åpne seg og å fortelle om ting de sliter med.

Ungdom som har gjort kriminelle handlinger som kvalifiserer for ubetinget straff, skal følges opp av kriminalomsorgen og sørge for straffegjennomføring. Da kan det være at ungdom som bor i barnevernsinstitusjon heller bør gjennomføre tilpasset straff fremfor at straffegjennomføring skjer mens de bor i barnevernsinstitusjon.

En stor bekymring er hvordan ungdommen også blir sett på av andre ungdommer og i sitt nærmiljø. Det er noe stigmatiserende og ekskluderende i dette for den enkelte. Miljøterapien er videre vanskelig å tilpasse, og det gir utfordringer knyttet til ivaretagelse av hele gruppa.

Erfaring også fra ungdommer som gjennomfører ungdomsstraff gir de samme dilemmaene. Omsorgs- og behandlingstilnærmingen utfordres når det er forventninger fra systemet rundt i at institusjonen deltar i aktiviteter som er et ledd i ungdomsstraffen. På en måte kan dette være logisk, men det skaper også dilemmaer i relasjonen til ungdommen og hovedformålet med institusjonsoppholdet.

Dette synliggjør dilemma med at en institusjon er et hjem, men at de som omsorgspersoner tillegges flere oppgaver enn en normalt ville forventet at foreldre skulle ivareta dersom de bodde hjemme.

Forslag 7: *Tverrdepartemental oppfølging av tilbudet til barn som begår alvorlig kriminalitet*

Vi støtter forslaget.

Forslag 8: *Ansvar for å tilby dagens tverrfaglige helsekartlegging flyttes fra Bufetat til helseforetakene.*

Vi støtter ikke forslaget slik det er utformet.

Prinsipielt mener vi at det er Bufetat og barnevernet som bør ha det overordnede ansvaret for den tverrfaglige helsekartleggingen, fordi dette handler om det barnevernsfaglige oppgaver og arbeid. Vi viser her til våre innspill gjort i innledende del av dette høringsinnspillet.

Forslag 9: *Etablering av standard for tverrfaglig kartlegging for barn som skal flytte til institusjon.*

Vi støtter ikke forslaget slik det er utformet.

Vi registrerer at utvalget mener at en må gjøre et skille på den tverrfaglige helsekartleggingen for barn som trenger fosterhjem og barn som trenger institusjon. Det er en god ide å differensiere ulike type kartlegginger. Vi er derimot usikre på om det bør være en egen rigg for dette, eller som det bør ivaretas innenfor samme system som for de som en vurderer skal bo i fosterhjem.

Ansvar for ordningen må etter vårt syn tilhøre barnevernet.

Den kommunale barnevernstjenesten har allerede ansvar for å sikre god kartlegging, med informasjon fra samarbeidsaktører rundt barnet, basert i kunnskapsmodellen barnets behov i sentrum, og med vurderinger av ressurser. Dette er barnevernsfaglige kjerneoppgaver. Barnevernet har også ansvar for å henvise til helseinstanser gjennom nasjonalt forløp for barnevern.

Det er viktig at en ikke legger opp til strukturer som hemmer flyt i oppfølgingen av det enkelte barn og familie, og at ansvar og beslutninger ligger i barnevernets linje. Vi viser ellers til våre innspill i den innledende delen av dette høringsinnspillet.

Forslag 10: *Hver barnevernsinstitusjon skal ha et helseteam tilknyttet seg.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 11: *PHBU får plikt til å prioritere barn i barnevernsinstitusjoner.*

Vi støtter forslaget.

Det er viktig at PHBU tilføres mer ressurser for å etablere helseteam med funksjonene beskrevet i forslag 10 og 11.

Vi mener forslag 10 og 11 passer godt inn i vårt forslag om å utrede «greencard» for barn og unge som vi foreslår i innledende del av dette høringsinnspillet.

Forslag 12: *Ansvar for tilbudet til barn med behov for spesialisert rusbehandling legges til spesialisthelsetjenesten.*

Vi støtter ikke forslaget slik det er utformet.

At spesialisthelsetjenesten må utvikle tilbud til barn og unge med behov for spesialisert rusbehandling er vi enige i. Alle barn og unge med rusproblemer er ikke i kontakt med barnevernet, og skal heller ikke nødvendigvis være det, og må dermed kunne få bistand til sine vansker gjennom helsetjenestene. Dette gjelder også barn med barnevernstiltak.

Samtidig mener vi det er viktig at Bufetat opprettholder ansvar for oppfølging, omsorg og behandling av ungdommer med alvorlig og vedvarende rusbruk som har tiltak fra barnevernet. Dette er viktig for å sikre opprettholdelse av et fagmiljø, med mulighet for å gi treffsikker hjelp ut fra den enkeltes behov. Hvis man fjerner behandlingsansvaret fra barnevernsinstitusjonene krymper handlingsrommet for god miljøterapi, og det faglige tilbudet svekkes. Vi vil advare mot dette.

Barnevernets kjerneoppgave handler om å jobbe med barnets økologi og samarbeide med barn og andre viktige voksne rundt dem om forbedring av livs- og omsorgsbetingelser. Barn og unge med rusproblematikk har oftest store utfordringer og sammensatte vansker som har utløst skadelig rusbruk. Ofte har de ikke utviklet en fysisk avhengighet. Dette betyr at rusbruken i seg selv ikke kan ses på som en sykdom hos barn og unge, slik det gjøres for voksne.

Den barnevernsfaglige miljøterapien tar høyde for ulike symptomer og atferdsuttrykk knyttet til den utfordrende livs- og omsorgssituasjonen disse ungdommene har hatt og ofte har.

Utvalget trekker frem at barn eller ungdom skal ha tilgang på samme behandling som voksne. Det vil i så fall si at det vil være frivillig for barnet å

slutte med rus eller ikke, at man kan ha mål om reduksjon fremfor helt fravær og man vil åpne for medikamentell behandling. Forhold som dette mener vi også vil kunne være i direkte strid med flere av barnekonvensjonens artikler knyttet opp mot blant annet hensynet til barnets beste, barnets rett til beskyttelse, forsvarlig omsorg m.fl. Barns rusmisbruk må etter vårt syn forstås og behandles som symptomer og atferdsutfordringer i lys av en utviklingsøkologisk tenkning.

Vi mener det er viktig at barnet ikke sykliggjøres og at oppmerksomhet må rettes mot de faktorer som fører til at barnet ruser seg og de faktorer som opprettholder rusmisbruket. Disse faktorene kan være forhold som nødvendiggjør at helse skal og må involveres, men dette vil bare være en del av barnets helhetlige utfordringsbilde som fører til og opprettholder rusmisbruk. Når barn har alvorlig- og vedvarende rusmisbruk så handler dette om multisystemiske utfordringer hvor psykologiske og patologiske forhold kan være en del av det, men også dette har oppstått som en konsekvens av barnets utfordringer på dets forskjellige livsarenaer som det må jobbes konkret med om barnet skal få til et liv uten rusmisbruk

Å likestille barns rusmisbruk med "voksenrus" er etter vår erfaring og faglige forståelse å marginalisere barnet ytterligere og det vil føre til en objektivisering av barnet. Barn med alvorlig og vedvarende misbruk av rusmidler er ikke syke, og de er i svært liten grad avhengige på lik linje som man definerer avhengighet hos voksne eller narkomane. Misbruket kan derimot utvikle seg til "sykdom" som voksen om det ikke stoppes, men for barn med alvorlig- og vedvarende misbruk har det ikke utviklet seg dit enda.

Samtidig er det ikke alltid enkelt å skille mellom ulike tilstander: ulike organiske eller nevrologiske tilstander, rusutløste lidelser, omsorgssvikt, overgrep, selvskading, spiseforstyrrelser mv. Vi mener at den tverrfaglige helsekartleggingen må bidra til å sortere og legge til grunn hypoteser basert i de individuelle vurderingene, som det profesjonelle apparatet må ta utgangspunkt i når tilbud skal tilrettelegges for det enkelte barn.

På samme måte som ulike psykiske lidelser må håndteres i en barnevernsinstitusjon, med støtte og hjelp fra helse, må en også håndtere rusutfordringer i en institusjon, med kvalifisert støtte og hjelp fra rusfaglig

kompetanse i ressursmiljø i Bufetat og fra helseteam. I noen tilfeller vil det kunne være behov for å overføre et behandlingsansvar fra barnevern til helse, særlig ved alvorlige psykiske helsetilstander. Det bør det utvikles felles faglige retningslinjer for dette, fordi barnevernet oftest fortsatt vil å ha omsorgsansvaret.

Forslag 13: *Utvidet adgang til tilbakehold i institusjon uten samtykke.*

Vi støtter forslaget, og mener det må gjelde både for barnevernets institusjoner og for helseinstitusjonene, jf. våre kommentarer til forslag 12.

Forslaget er viktig fordi barn og ungdom ikke kan gis ansvar for å ivareta seg selv i utsatte situasjoner, der det er alvorlig bekymring knyttet til rusbruk og konsekvensene av dette.

Forslag 14: *Ny nasjonal faglig retningslinje for RoP forløp for barn og unge.*

Vi støtter forslaget.

Vi oppfatter at dette er en helsefaglig retningslinje. Vi anbefaler et samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet om dette, jf. våre innspill på forslag 12.

Forslag 15: *Økt kompetanse på rus i alle barnevernsinstitusjoner.*

Vi støtter forslaget.

Vi viser også til våre innspill på forslag 12 her, da vi mener at Bufetat fortsatt skal ha ansvar for rusbehandling.

Forslag 16: *Mulighet for bruk av kommunale botiltak som omsorgstiltak.*

Vi støtter forslaget.

Vi tenker dette er et viktig forslag for å styrke bredden i det barnevernsfaglige tilbudet i kommunene. Dette kan gi merverdi til oppfølging av ungdom, gi barnevernstjenesten fleksibilitet knyttet til akutte behov, og gi bedre hjelp nær der barn og ungdom har sin tilhørighet.

Det kreves nye ressurser til kommunene for å realisere dette. Videre bør det stimuleres til samarbeid på tvers av kommuner for å etablere og drifte tilbud.

Vi er enige med utvalget at det må stilles tydelige kvalitetskrav til hvordan disse botiltakene skal utformes, og det må etableres tilsynsordninger. Det bør være tydelig at disse tiltakene skal være i kommunal regi.

Forslag 17: *Særregulering for bruk av kommunale botiltak som barnevernstiltak.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 18: *Krav til tilsyn ved kommunale botiltak.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 19: *Økt statlig ansvar ved etablering og drift av kommunale botiltak.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 20: *Nytt inngangsvilkår for opphold i barnevernsinstitusjon uten samtykke.*

Vi støtter ikke forslaget.

Vi viser til våre innspill til forslag 12 og våre innspill i innledende del av dette dokumentet.

Vi støtter ikke at behandling tas ut av barnevernsloven. Begrepet "forsterket utviklingsstøtte" ivaretar ikke de prosessene som skjer i et institusjonsforløp. Dersom en fjerner behandlingsbegrepet, blir vi mindre presise i det mer spesialiserte barnevernsfaglige tilbudet. Vi mener i stedet at begrepet for det som utvalget kaller institusjoner for omsorg og utviklingsstøtte+ må være «barnevernsfaglig behandling», jf. våre kommentarer til forslag 29.

Barnevernet har implementert metoder og tiltak som er definert som kunnskapsbaserte behandlings-metoder. Det er å tilsløre det barnevernsfaglige mandatet å kalle dette noe annet. På samme måte mener vi at søken etter et annet begrep enn "atferd" ikke er hensiktsmessig, da det også er med å utydeliggjøre hva slags utfordringer barn og unge strever med og hvordan vi kan hjelpe. Uansett hvilket ord en velger vil stigmatisering følge, uten at dette handler om ordet i seg selv, men om det som forbindes med ordet. Det som er sentralt er hva slags faglig og etisk tilnærming de profesjonelle har til ulike utfordringer, og at det ikke handler om å sette skyld på barnet.

Vi støtter at begrepet "plassering i institusjon" erstattes med "opphold i institusjon».

Forslag 21: *Adgang til individuelle innskrenkninger.*

Vi støtter ikke forslaget slik det er utformet. Se også vår kommentar til forslag 26.

Vi mener alle institusjoner må ha adgang til å benytte seg av alle individuelle innskrenkninger som i dag følger av barnevernsloven § 10-9 for å yte forsvarlig omsorg.

Vi støtter ikke at barnevernsnemnda skal være den som individuelt vurderer denne adgangen for det enkelte barn før og under plasseringen. Det må ligge til den enkelte institusjon å til enhver tid å kunne vurdere barnets beste og derav behov der barnet er, her og nå.

Forslaget fra utvalget vil etter vårt syn trolig føre til mer usikkerhet og forvirring enn hva vi opplever i dag rundt barns rettigheter under opphold i institusjon og vil følgelig ikke være til barnets beste.

I psykisk helsevern, blant annet ungdomspsykiatrisk akutttilbud, er innskrenking regulert annerledes enn i barnevernet. Her har den enkelte enhet mer frihet til å justere ulike innskrenkninger, uten at det er noe system utenfor enheten som skal godkjenne dette. Ungdommen kan her kontakte kontrollkommisjonen dersom de er uenige. Vi mener at barnevernsinstitusjonene må gis lignende rammer for vurdering av behovet for innskrenkninger.

Forslag 22: *Tydeliggjøring av handlingsrommet i utøvelse av omsorgsansvaret.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 23: *Gjennomgang av statsforvalternes praksis.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 24: *Bedre beskyttelse mot risiko i digitale medier.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 25: *Harmonisere begrepsbruk i barnevernsloven til menneskerettighetene.*

Vi støtter forslaget delvis.

Menneskerettighetene omhandler alle mennesker uavhengig av livssituasjon, alder og modenhet. Barnevernsloven er en spesiallov rettet mot barn i en spesiell og sårbar situasjon hvor det er behov for presiseringer ut over det

generelle i lys av den livssituasjonen barnet faktisk befinner seg i. En harmonisering her opp imot menneskerettighetene kan således gjøre loven mer generell og upresis, og det er viktig at det gjøres konkrete vurderinger av barns behov og rettigheter i lys av dette.

Forslag 26: *Barneverns- og helsenemnda skal ta stilling til barnets individuelle behov.*

Vi støtter ikke forslaget. Se også vår kommentar under forslag 21.

Dagens system for behandlingstilbudene fungerer i dag, og bør også fungere for omsorg.

Forslag 27: *Barneverns- og helsenemndas vedtak skal ivareta barnets forløp.*

Vi støtter ikke forslaget med bakgrunn i at vi mener tun-modellen er prematurt å innføre. Samtidig støtter vi at det bør vurderes hvordan ulike behov i større grad kan ivaretas innenfor samme institusjon, og at en søker å tilrettelegge for mer smidige overganger ved behov for å skifte omsorgsbasis, inkludert å unngå unødig saksgang på ulike nivå.

Forslag 28: *Tydeliggjøre institusjonstilbudets formål i barnevernsloven.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 29: *Ny innretning av institusjonstilbudet.*

Vi støtter ikke forslaget slik det foreligger.

Vi støtter forslaget om inndeling av institusjonstilbudet på en annen måte enn i dag. Vi støtter at det er institusjoner for akutt og utredning, omsorg og utviklingsstøtte og mer behandlingsrettede institusjoner som driver barnevernsfaglig behandling. Vi mener i tillegg at institusjoner for rusbehandling for ungdom må opprettholdes i Bufetat, jf. våre innspill til forslag 12. Det som kalles "omsorg og utviklingsstøtte+" bør kalles *barnevernsfaglig behandling*, jf. våre innspill i forslag 20.

Vi støtter ikke nasjonal innføring av tunmodellen. Dette er med utgangspunkt i at vi mener det ikke finnes tilstrekkelig kunnskap i dag om at dette er noe som vil ha god effekt. Vi mener en må søke mer kunnskap om dette før en tar beslutninger om en slik organisering på nasjonalt nivå. Det bør gjøres en følgeforskning på det som i dag er etablert blant annet i Innlandet.

Vi vet at barn som i dag flytter til institusjon har komplekse behov. Dersom en institusjon skal kunne gi målrettet, god og riktig utviklingsstøtte opp imot alle disse behovene fordrer det en større grad av spesialisering enn det utvalget foreslår. Vi har liten tro på at en institusjon vil klare å håndtere flere tilnæringsmetoder med kvalitetssikring under samme tak og at miljøterapeutene skal bli gode på flere metoder samtidig.

Vi vurderer at en må gjøre en stegvis utvikling av et "nytt" institusjonstilbud. Det bør defineres tydelig hva de ulike institusjonstypene har som faglig oppgave, hvilken kompetanse som trengs mv. Det er viktig å bygge videre på kunnskap fra fungerende enheter. En må prøve ut den enkelte institusjonstype, med kvalitetssikring og følgeforskning.

Vi er opptatt at å øke tilgjengelighet på de ulike institusjonstypene i hele landet, og støtter at det må etableres et minimum i hver region, med mål om at nærhetsprinsippet ivaretas best mulig.

For å ivareta en helhetlig tilnærming og en god flyt i barnets forløp, må det jobbes med samhandling og overganger, mellom de ulike institusjonstypene, mellom institusjonene og kommunene mv., for at barnet og familien kan oppleve en rød tråd i oppfølgingen fra barnevernet og andre aktører.

Det er viktig at Bufetat tilføres tilstrekkelige ressurser for den videre utviklingen av et godt institusjonstilbud.

Forslag 30: *Tilsyn med barnevernsinstitusjonene.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 31: *Tydelig og likeverdig nasjonal faglig styring.*

Vi støtter forslaget.

Det er behov for en tydeligere nasjonal styring av Bufetat og de øvrige aktørene, for å løse de store oppgavene som ligger foran oss innenfor det spesialiserte barnevernstilbudet best mulig.

Det må ses nærmere på Bufdirs roller som både etatsstyrer og direktorat for hele barnevernsfeltet, om dette er en hensiktsmessig organisering. Vi mener Bufdirs rolle som fagdirektorat kunne blitt tydeliggjort ved at de ikke samtidig

har etatsstyrerrollen for Bufetat. Dette ville også bidratt til å tydeliggjøre Oslo kommune sin posisjon og rolle i det norske barnevernet.

Det er videre viktig at ulike sentrale kompetansemiljø gis et tydelig ansvar inn i alt utviklingsarbeid. Målet med at Bufdir er faglig premissleverandør må ikke være at det faglige innholdet er toppstyrt. Den faglige utviklingen må skje der faget utøves, og det må være rom for innovasjon, der Bufdir kan bidra til å samle og vurdere hva slags nasjonale krav som bør stilles. Utvikling og implementering krever faglig samarbeid som drives opp og ned i organisasjonene, hvor det er tydelig når noe forankres og når noe besluttes. Det krever også at barnevernet kommunalt og statlig driver kontinuerlig organisasjonsutviklingsarbeid for å både kunne bidra i utvikling og implementere ny praksis.

Forslag 32: *Felles faglige prinsipper for god omsorg og utviklingsstøtte.*

Vi støtter forslaget intensjon, men ikke alt av innholdet slik det foreligger.

Vi er skeptiske til første kulepunkt som sier at «Relasjonen mellom ansatte og barn skal være bærebjelken i institusjonsarbeidet». Vi mener dette må endres fordi vi relasjonsbegrepet her ser ut til å springe ut ifra en misforstått og uheldig forståelse av begrepet "relasjon".

Utgangspunktet for de felles prinsippene bør omformuleres. Eksempelvis er relasjon noe som utvikler seg over tid, gjennom samhandling og felles aktiviteter. En barnevernsinstitusjon er bygget opp med en viss struktur, som skal romme det faglige arbeidet. Bærebjelken kan ikke være relasjon, fordi det ikke er gitt at en klarer å skape gode relasjoner.

Bærebjelken må derimot være at barnevernsinstitusjoner er bygget opp med strukturer som fremmer det relasjonelle arbeidet, og som sikrer at barn og unge erfarer at de kan bygge trygge relasjoner. Det siste punktet i forslaget "Barna skal samarbeides med slik at de kan påvirke egen hverdag" er en del av dette, og vil være ivare tatt ved en omformulering der prinsippet er knyttet til strukturene som institusjonen må sikre.

Vi vil foreslå også en annen dimensjon, som handler om at jobbes med barnas forståelse av egen situasjon, av egen måte å lære på, med formål å sette de i stand til å håndtere og påvirke egen hverdag og utvikling sammen med andre.

Begrepet "interdependent" - gjensidig avhengige relasjoner, er nyttig i denne sammenhengen, som er med å definere den faglige oppgaven og målet med arbeidet. Vi vil vise til den nye boka «Profesjonsetikk for barnevernspedagoger» utgitt på Samlaget, som nettopp belyser at vi har et ansvar for å legge til rette for at barnet utvikler sin egen etikk, der barnets perspektiv ivaretas. Vi vil også vise til Norsk Barnevernsamband sine 10 faglige verdier for godt barnevernsfaglig arbeid.

Vi mener det også er viktig at barnevern og helse har et sterkere livsløpsperspektiv i det faglige arbeidet. Å sammen vurdere spørsmålet om hvor man vil at barnet er om 5 år eller 10 år og hva som skal til for å oppnå mål og drømmer, kan gi viktig livskraft. Og, det kan gi hjelpeapparatet muligheter for å vite noe om hvordan det er viktig å bidra? Vi tror dette perspektivet kan hjelpe alle til å løfte blikket til tross for kriser og uutholdelige situasjoner her og nå.

I punkt 18.5.3 viser utvalget til ulike forskningsfunn om hva som er viktig for at barn og unge får et godt liv. Noe av dette bør tydeliggjøres i prinsippene.

Perspektivet om gjensidige avhengige relasjoner, er viktig for å kunne legge til rette for livet etter opphold på barnevernsinstitusjoner. Begrepet interdependent må ses i sammenheng med begrepene independent (uavhengig) og dependent (avhengig). Målet med det barnevernsfaglige arbeidet er at ungdommene som unge voksne og etter hvert voksne bygger nødvendig uavhengighet på mange områder, samtidig som mennesker alltid vil være avhengig av andre på noen områder. I arbeidet med overganger (flytte fra hjemme til fosterhjem eller institusjon, flytte fra institusjon til hybel osv.) er dette viktige aspekter, der ungdom ofte vil ha ulike behov. Det er viktig at prinsippene som utformes tydeliggjør forventninger til hjelpeapparatet i overgangene.

Forslag 33: *Kommunalt ansvar for grunnskoleopplæring for barn på institusjon.*

Vi støtter ikke forslaget.

Vi vurderer at en slik ansvarsoverføring vil gi en unødvendig stor belastning for mottakskommunen og at dette kan komplisere samarbeidet mellom institusjon og både skole og kommunen generelt.

Det er en stor skjevfordeling av hvor institusjoner ligger, og det er uforutsigbart hva slags skoletilbud som trengs til enhver tid. Ved at fylket fortsatt har ansvar for elever i grunnskolealder, vil den økonomiske belastningen for kommunen reduseres fordi fylkeskommunen betaler den enkelte kommune. Det er PP-tjenesten på fylkesnivå som har ansvar for elevene, og dette sikrer bedre stabilitet i oppfølgingen av den enkelte elev, for eksempel ved skifte av bostedskommune og dermed skole. Dette vil også kunne være mer effektivt knyttet til utredning av det enkelte barn, da det vanligvis vil ta tid for det lokale apparatet å kan gjennomføre ønsket utredning. Vi mener dette systemet ikke er til hinder for at den lokale PP-tjenesten involveres i arbeidet med barnet. Det bør utvikles retningslinjer for hvordan fylkeskommunen jobber opp mot de lokale skolene.

Forventninger til samarbeidet mellom barnevernsinstitusjonen og den lokale skolen bør også tydeliggjøres både for skolene og barnevernsinstitusjonene, for å sikre riktig og god oppfølging av det enkelte barn i opplæringsøyemed, men også knyttet til inkludering i skolemiljøet.

Forslag 34: *Plan for oppfølging av skolegang for barn som skal flytte til institusjon.*

Vi støtter forslaget, men se kommentar på forslag 33.

Forslag 35: *Rett til kontinuitet i opplæringen for barn i akutt- og utredningsinstitusjon.*

Vi støtter forslaget.

Det er viktig at det er pedagogisk kompetanse på barnevernsinstitusjonene.

Forslag 36: *Fylkeskommunen gis ansvar for økt tilrettelegging for digital opplæring.*

Vi støtter forslaget.

Dette må derimot ikke bli oppfattet som et allment tilgjengelig alternativ. Hovedmålet må være at barn og unge har tilstedeværelse på skolen. Det er mye barnevernsinstitusjonen i samarbeid med andre kan gjøre for å motivere og følge opp det enkelte barn.

Skolen har en svært viktig og kanskje den viktigste rollen som utviklingsarena for barn og unge generelt og barnevernsbarn spesielt langt utover det

skolefaglige. Skolestatistikken for barn som bor på institusjon er bekymringsfull lesning. Økt tilrettelegging for digital opplæring må ikke under noen omstendighet bli en hvilepute eller barriere for barnets fysiske tilstedeværelse på skolen.

Forslag 37: *Vurdere om finansieringsordning for ungdomsenhetene kan benyttes for barnevernsinstitusjoner.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 38: *Etablere praksisnære deltidsutdanninger.*

Vi støtter forslaget.

Vi mener det er svært viktig at deltidsutdanninger for bachelor i barnevern reetableres, i flere deler av landet. Vi mener at den må ta utgangspunkt i forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning. Dette er viktig for å sikre grunnleggende barnevernsfaglig kompetanse i barnevernsinstitusjonene også i fremtiden.

Forslag 39: *Økte muligheter for personer uten formell kompetanse med relevant erfaring særlig godt egnet.*

Vi støtter forslaget.

Det må settes noen tydelige krav i forhold til egnetheten for ansettelse. Dette må følges opp med at kostnader for utdanning tilbakebetales dersom en avslutter i arbeidsforholdet rett i etterkant av utdanningen. Det må lages forutsigbare ordninger for dette.

Forslag 40: *Samlet gjennomgang av krav og føringer for institusjonene.*

Vi støtter forslaget, og har innspill på noen momenter vi mener er særlig betydningsfulle.

I tillegg til forslagene utvalget har foreslått når det gjelder kompetanse mener vi at kompetanseutvikling og utdanningstilbud også må etableres og videreutvikles knyttet til barnevernsfaglig miljøterapi og behandling. Både barnevernspedagoger med bachelor og master må kunne tilegne seg mer spesialisert kompetanse og kunne bli kliniske barnevernspedagoger og spesialister i det barnevernsfaglige. Dette vil komme barnevernsinstitusjonene

til gode, og vi har mener det bør være minimum 60 % andel barnevernspedagoger i en barnevernsinstitusjon.

Det er viktig å videreutvikle gode veiledningssystemer for barnevernsinstitusjonene. Alle ansatte bør ha tilbud om individuelle veiledning og gruppeveiledning innenfor det barnevernsfaglige. Dette bør skje innenfor rammene for den enkelte institusjon i tillegg til at en kan benytte ekstern veiledning på ulike tema og problemstillinger.

Det er viktig å kunne ha differensierte stillingstyper og ulike karriereveier innenfor det å jobbe i barnevernsinstitusjoner. Dette er viktig for å kunne rekruttere og ikke minst beholde fagpersonell innenfor sektoren. Dette er også et viktig bidrag i fagutviklingen som må skje kontinuerlig.

Det er veldig bra at det nå er etablert en egen lederutdanning for barnevernsinstitusjonsledere. Dette utdanningstilbudet bør gjøres mer tilgjengelig enn i dag. Dette er også et viktig tiltak både for å rekruttere og beholde gode institusjonsledere. Her må det også systematiseres gode veiledningstilbud, i tillegg til ulike former for lederstøtte.

Forslag 41: *Støttehjem for barn på institusjon.*

Vi støtter forslaget intensjon, men ikke utformingen av forslaget.

Støttehjem kan være et godt tiltak for noen, og av ulike grunner ikke for andre. Vi mener det ikke er klokt å fastsette dette som et konkret tiltak, men heller stille krav til barnevernstjeneste og barnevernsinstitusjon om å jobbe med støtte fra nettverk til barnet.

Vi mener bruk av familieråd i institusjon må styrkes og at man bør se til hvordan dette var organisert og finansiert ved innføringen av familieråd i institusjon. Den gangen dekket Bufetat omkostningene, mens i dag er det kommunene som må dekke dette.

Vi vurderer videre at det generelle familiearbeidet og familieinvolveringen ved barnevernsinstitusjonene bør styrkes og i større grad systematiseres som en del av institusjonens arbeid med utviklingsstøtte til barnet. Dette vil kunne bidra til at barnet sikres støtte i nettverket, men uten at det predefineres hva slags støtte dette skal være.

Forslag 42: *Barn skal ha rett til å fullføre skoleåret på institusjon.*

Vi støtter forslaget.

Det er svært viktig at barn og unge gis mulighet for opphold i institusjon mer tilpasset skoleår. Dette betyr mye for det enkelte barn, er viktig for kvalitet på opplæring, gir mer forutsigbarhet og vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette underbygger det faglige arbeidet med et livsperspektiv.

I dag forhindres en slik flyt fordi det vil koste veldig mye for det kommunale barnevernet hvis de for eksempel skal forlenge et opphold med 2 måneder (egenandel på 178.000x2). Dette betyr at forslaget medfører økte utgifter for kommunene. Dette bør kompenseres for av staten. Det vil også hjelpe å redusere kommunenes egenandel jf. forslag 45.

Forslag 43: *Mer systematisk kunnskapsutvikling.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 44: *Barn skal ha rett til institusjonsopphold i egen region.*

Vi støtter intensjonen i forslaget, men ikke fullt ut utformingen fordi vi ikke støtter utvalgets innretning av institusjonstilbudet.

Vi mener det er svært viktig at barn og unge kan gis hjelp så nær som mulig der de har tilhørighet. Samtidig kan det være at noen typer behandlingsinstitusjoner bør ha nasjonale plasser og at dimensjoneringen av disse må sees på helhetlig, nasjonalt og ikke regionalt. Ved innføringen av to LBR institusjoner i Bufetat i 2010/2011 var disse plassene nasjonale og begge institusjonene hadde generelt god erfaring med dette.

Forslag 45: *Fastsettelse av kommunenes egenandel på institusjonstiltak.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 46: *Lik finansieringsordning i hele landet.*

Vi er skeptiske til forslaget.

Det kan være grunner for å vurdere finansieringsordningen i Oslo Kommune, men dette må de i så fall selv kunne være med selv å vurdere og utforme. Det å bygge opp sterke alternative miljøer er videre en styrke for barnevernsfeltet. Det er en sterkere og sterkere tendens til «top-down» styring av norsk barnevern samtidig som det formelle ansvaret ligger i kommunene. Oslo

kommune har ansvar for den stor del av Norges befolkning, og det finnes ingen tydelige faglige grunner for å endre den særordningen Oslo kommune i dag har innenfor barnevernsområdet. Dette er ikke til hinder for faglig samarbeid på tvers av kommuner og regioner.

Se ellers vår kommentar til forslag 48.

Forslag 47: *Bufdirs rolle som fagdirektorat tydeliggjøres.*

Vi støtter forslaget.

Forslag 48: *Barne- og familieetaten bør innlemmes i Bufetat.*

Vi er skeptiske til forslaget.

Vi ser ingen grunn til å endre den særordningen Oslo kommune i dag har innenfor barnevernsområdet. Det at Oslo ikke har vært en del av Bufetat kan ha gitt positive effekter i form av at de har kunnet utforske alternative faglige tilnærminger innenfor alternative strukturer. Det er viktig at disse bidragene løftes frem, og deles i større grad med resten av landet.

Se ellers vår kommentar til forslag 46.

Forslag 49: *Formål for og styring av spisskompetansemiljøene tydeliggjøres.*

Vi støtter forslaget til en viss grad:

Vi støtter en evaluering og revidering av spisskompetansemiljøene generelt og at man ser på mandatet og organiseringen, men som tidligere kommentert så støtter vi ikke utvalgets forslag til innretning av institusjonstilbudet jf. forslag 29.

Forslag 50: *Etablering av ny nasjonal godkjenningseenhet.*

Vi støtter forslaget.

Vi takker igjen for muligheten til å gi innspill, og er gjerne i dialog med BFD om videre arbeid.

Med vennlig hilsen Akademikerforbundet

Mizanur Rahaman og Ellen Galaasen

henholdsvis forbundsleder i Akademikerforbundet og leder av Barnevernspedagogene i

Akademikerforbundet

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på regjeringen.no.