

Høringssvar på NOU 2023:24, Med barnet hele veien

Vi vil innlede med å gratulere Barnevernsutvalget (heretter bare kalt utvalget) med meget godt utført arbeid. Utvalget har gjort en solid jobb med å innhente grunnlagsdata og sette sammen en så korrekt og presis situasjonsbeskrivelse som mulig. NOU 2023:24 er forbilledlig ærlig i fremstillingen av feltet, og gir det hittil beste grunnlaget vi har sett for forbedring av den begrensede delen av barnevernet som utredes. Som sådan bør den sette standard for hva som heretter regnes som akseptabelt nivå på arbeider innen dette feltet, og også føre til en kraftig revisjon av hva som ansees som akseptabelt å bruke som kilder og referanser blant foregående arbeider.

Barnevernsnettverket er et nettverk av personer med ulike fagbakgrunner men med innsikt i barnevernet, som ønsker å bidra til at rett barn får rett hjelp til rett tid.

Hvis vi tar utgangspunkt i vergerådsloven av 1896 (implementert 01.01.1900) som opphavet til norsk barnevern, har vi nå nokså nøyaktig 123 års erfaring med en instans som er solid dokumentert å ha manglende evne til å utføre sitt oppdrag: å sikre alle barn en tilstrekkelig god oppvekst. Anekdotiske historier om enkelttilfeller av barn som har opplevd *noe* bra, endrer ikke konklusjonen.

Utvalgsleder Erik Stene har valgt å ta barn, unge, foreldre, barnevernsansatte, advokater, psykologer og andre involverte på alvor når han har ledet sitt utvalg gjennom det som må ha vært en følelsesmessig kjempe-berg-og-dalbane. Det motet må barnevernsmyndighetene, både politikere og byråkrater, respektere og anerkjenne.

Makt er en ressurs som det ofte er krevende å holde regnskap med hvor befinner seg, men vi håper å se at ressursen sitter der den etter regelverket skal sitte og at den blir brukt til å sette i gang det arbeidet som skulle vært satt i gang allerede i 1907, da boka «Under loven» for første gang solid dokumenterte mishandling av barn på barnevernsinstitusjoner her i landet. Et budsjettområde som årlig omsetter for om lag 25 milliarder kroner trekker til seg mange interessenter med mye energi, kompetanse og gjennomføringsvilje, og må derfor underlegges et tilstrekkelig vern mot utnyttelse.

De som forsvarer barnevernet ukritisk, enten det er mot bedre vitende eller basert på blank uvitenhet, bruker ofte de samme forsvarsmekanismene: emosjonell utpressing, overdekking eller faktafornektelse. På samme måte som vi møter disse virkemidlene på andre samfunnsområder må de også møtes her; med åpenhet, avdekking og konfrontering med korrekte data. Deretter må myndighetene gjøre en rotårsaksanalyse for å kunne komme til bunns i hva som har skapt det vi må kunne kalle en grusomhet.

Utvalget har presentert en middels dyp problembeskrivelse. Det er første gang vi ser noe slikt gjort i noen NOU eller rapport, og at de har strukket seg så langt mandatet har tillatt i så måte får vår dybeste anerkjennelse.

Vi kan likevel ikke unnlate å påpeke at det, for samfunnets del, nok er en etasje eller tre igjen i den kjelleren, som ennå ikke har vært satt under belysning. Det forventer vi at statsråden nå tar initiativ til å få gjort, før enda flere ressurser sløses bort på uvirksomme liksomreformer.

Vi vil i det følgende kommentere utvalgets forslag kapittel for kapittel, så kortfattet som det lar seg gjøre. De fleste av utvalgets beskrivelser, analyser og forslag får vår fulle støtte, men det er noen svært alvorlige forhold innimellom som vi må advare mot. Under noen kapitler er det lagt inn kommentarer som gjelder utredningen generelt.

Del I

Kap. 1: Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

Vi vil anmerke til bruken av barn og unge i et eget ungdomsutvalget som referansegruppe, at intensjonen er god. Vi berømmer spesielt at ungdomsutvalget har deltatt på alle institusjonsbesøk og snakket med ungdommene der.

Man må likevel ikke unnlate å erkjenne at barn er plastiske og lett påvirkelige, derigjennom hvilken påvirkning barn som er eller har vært tilknyttet en organisasjon for barn, er blitt utsatt for av de som driver organisasjonen og dem de har møtt gjennom organisasjonen. Organisasjoner blir alltid drevet av voksne, ikke av barna selv. Og selv om medlemmene i ungdomsutvalget er oppnevnt på individuelt grunnlag og ikke som representanter for en organisasjon, ser det for oss ut til at alle har bakgrunn fra en eller annen organisasjon. Vi gjenkjenner stedvis sporene etter voksne som har arbeidet eller fremdeles arbeider i slike organisasjoner, presentert som barnas perspektiv og stemme. Her må det utvises forsiktighet og skilles mellom voksenpåvirkede barn og barnesynformidlende voksne. Vi tror begge deler forekommer.

Innen den voksne delen av brukerfeltet, altså barnevernsforeldrene, finnes det pr. i dag ingen organisasjon som har oppnådd legitimitet blant brukerne til å fremstå som deres representanter. Det vises gjennom et forsvinnende lite antall betalende medlemmer. Udokumenterte medlemskap må man se bort fra. Det nærmeste man kommer en legitim brukerrepresentant er FFOs representant i Bufdirs brukerråd, men denne avgrenses jo til en liten og særpreget del av barnevernets arbeid. Brukermiljøet innen barnevern er bygd opp via uformelt organiserte grupper og nettverk som i større eller mindre grad er i kontakt med hverandre. Dette er en utfordring når det stilles formelle krav til representativitet og representasjon.

Kap. 3 Dagens institusjonsbarnevern i tall og fakta

3.1.1. Andel barn i institusjon og fosterhjem

Utvalget anfører at "I 2022 fikk 72 prosent av barn og unge med barnevernstiltak hjelp i hjemmet."

Antall barn som befinner seg hjemme eller på institusjon er tall som er i kontinuerlig endring. Mengdeforholdet mellom flyttede og hjemmeboende barn kan også fremstilles slik:

Ved utgangen av 2021 var det 19 257 barn og unge i alderen 0–17 år som mottok hjelpetiltak mens de bodde hjemme (Bufdir, 2022k), 8 339 som bodde i fosterhjem og 834 barn og unge som bodde på institusjon. Kilde: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-7/id2966836/?ch=5>

Da blir andelen utflyttede barn 32,3%, ikke 28 (100 – 72 = 28) som i avsnittet over. Begge deler er riktig. Forskjellen ligger i at hjelpetiltak i hjemmet er av mye kortere varighet enn plasseringer, derfor er antall barn mye høyere når man måler over en periode framfor å gjøre tverrsnittanalyse. Tidligere ble det gjengitt på Bufdirs webside at andelen var ca. 40% (tverrsnittsanalyse), men dette er nå fjernet. Forholdet har antagelig endret seg de siste årene pga. mindre bruk av omsorgsovertakelser og mer bruk av tiltak i hjemmet.

Til enhver tid er altså en tredel av barna som mottar noen form for tiltak eller inngrep fra barnevernet, bortplassert. 80% av disse var forøvrig tvangsplassert.

I samme anledning nevner vi bruken av begrepet «hjelpetiltak». Noen ganger brukes det spesifikt om tiltak i hjemmet, andre ganger omfatter det også omsorgsovertakelser. Når vi vet at det hvert år gjennomføres et ukjent antall ulovmessige, tvungne omsorgsovertakelser fordi de lovregulerte forhold rent faktisk ikke er tilstede, blir det feil å kalle slike tiltak for «hjelp»; de er ensidig og utelukkende til skade for barna. Begrepet «hjelp» må etter vår mening kun og bare brukes på frivillige tiltak – ingen kan hjelpes uten at det er ønsket og frivillig. Vi viser til Søren Kierkegaards (1813-55) allment aksepterte og tilsluttede læresetninger om hjelp:

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

3.1.6. Oppholdstid

Vi har merket oss at gjennomsnittlig oppholdstid i private institusjoner er høyere enn i statlige, unntatt for rusinstitusjoner i 2022. Rusbehandling tar tid, mens tvungne plasseringer burde være så korte som mulig. Det kan være grunn til å se om det er legitime eller illegitime grunner til disse forskjellene.

3.1.7 Barna har flyttet mange ganger

Vi støtter utvalgets kritikk av Bufdirs bruk av begrepene tilsiktet og utilsiktet flytting, og av måten statistikken føres på. Også samlet oppholdstid utenfor hjemmet må komme klart frem, sammen med antall flyttinger et barn har gjennomgått inkludert flyttingen fra hjemmet.

3.3 Ansatte

For alle institusjonseierskap gikk man fra 2710 ansatte i 2016, til 4423 ansatte i 2017 – en økning fra et år til det neste på 63%. Hva var årsaken til dette?

3.4 Økonomi

Siden 2014 har pris per oppholdsdag økt med over 50 prosent i private institusjoner. Også her savner vi en årsaksforklaring.

Kap 4 Barnevernsinstitusjoner gjennom historien

Utvalget har gjengitt en god fremstilling av den historiske utviklingen av institusjonsvesenet for barn, men vi savner at man nevner *sosial renovasjon* som viktig motivasjonsfaktor for de drivende kreftene bak institusjonene. Det er et viktig perspektiv å ha med seg når man reflekterer over utviklingen og konsekvensene av institusjonsbruken.

4.3 Utviklingen av barnevernsinstitusjoner i nyere tid

Vi støtter utvalgets kritikk av at kunnskapsgrunnlaget for hva som er virksom hjelp i barnevernsinstitusjoner, fortsatt er for svakt.

4.3.1 Veien videre

Vi støtter utvalgets tankevekkende påpeking av at man i løpet av 300 års drift av barnevernsinstitusjoner, ennå ikke har løst utfordringen med flyttinger, og ikke vet hva som er barnets beste.

Kap. 5 Barnevernsinstitusjoner i andre land

5.4 Differensiering av institusjonstilbudet

Vi har merket oss opplysningen om at "I flere av landene oppgis det som problematisk at barn med ulike typer problematikk, spesielt psykiske vansker og rusproblematikk, bor sammen på institusjon.» Denne bekymringen støtter vi.

Del II

Kap. 7 Barnas behov

Kapitlet innledes med å presisere at barn på institusjon har samme basisbehov som andre barn, i tillegg til noen situasjonsbestemte og spesifikke behov. Dette er en glimrende påpeking som både tjenesten og andre ofte ser ut til å glemme.

Vi skulle ønske at det samtidig som det påpekes at barn har grunnleggende behov for trygghet og tilhørighet, også påpekes at barn som er flyttet med tvang er blitt påført den antagelig største og mest eksistensielle utryggheten som noe barn kan påføres – det å bli fratatt sine egne foreldre. Uansett hvordan foreldrene er og hva de har eller ikke har gjort, ligger det for barnet en trygghet i det at de er foreldrene som barnet er skapt av, og at det er en unik forbindelse som ingen andre mennesker kan erstatte.

På samme måte vil enhver skjemming og diskreditering av foreldrene skade barnet, da barnet jo ikke kan unnsnippe sin biologiske arv. Dette «skjebnefellesskapet» må de som skal hjelpe et barn, være godt klar over og hensynta.

Det barnet om nødvendig skal beskyttes mot, er skadelige handlinger eller ord, ikke resten av forelderen.

Utvalget gir konsise fremstillinger av barnas helsetilstand, men dersom åtte av ti barn oppgir at de føler seg trygge på institusjonen der de bor, undres vi over følgende: I PD Øst var det 1300 savnetmeldinger fra institusjoner i 2022 (<https://www.nrk.no/ostfold/ost-politidistrikt-mottok-1300-savnetmeldinger-fra-institusjoner-i-2022-1.16256943>). I 2019 og 2018 var det hvert av årene 161 barn fra disse to fylkene (inkl. Asker og Bærum som ikke inngår i PD Øst) på institusjon (disse årene er valgt pga. gammel fylkesinndeling). Det utgjør i snitt 8 meldinger pr. barn. Dersom man antar at barn som føler seg trygge også er komfortable med å være på institusjonen slik at det bare er de 20 prosentene (2 av 10) som er opphav til savnetmeldingene, betyr det at 32 barn rømmer i snitt 41 ganger hver, årlig. Er det da grunn til å spørre om disse barna har fått sine behov for trygghet og tilhørighet ivaretatt, og har barna selv opplevd seg hørt, forstått og deres mening hensyntatt?

491 barn og unge rømte fra barnevernsinstitusjoner i hele landet i 2022, jfr. NRK. Pr. 31.12. 2021 var 834 barn 0-17 år institusjonsplassert, samme dato i 2022 var 851 barn på institusjon (SSB tabell 12845). Hvis vi regner med 843 som et snitt for 2022, betyr det at hele 58% av barna rømte minst en gang fra institusjonen de bor på. Sammenlignet med opplysningen om at «8 av 10 føler seg trygge på institusjonen» undres vi på; hvorfor rømmer disse barna, skulle ikke institusjonsoppholdet korrigere eventuell uønsket atferd, eller har vi tvert imot latt være å stille de riktige spørsmålene?

Noen har overfor oss kommentert at de aldri har sett noen rapport hvor barn på institusjon har blitt spurt om hvor de helst ville bo. En uoffisiell undersøkelse utført av et barn som selv var i barnevernets søkelys men som hadde flyttet, hadde fått kontakt med et antall barn som bodde på institusjon og stilt nettopp dette spørsmålet. 80% av de spurte sa de ønsket å flytte hjem. Kan de ha hatt rett og barnevernet tatt feil mht. behov for plasseringsvedtak?

Disse regnestykkene og betraktningene stiller spørsmålstegn ved de tall som i NOUen presenteres som beskrivende karakteristikk av barna og deres situasjon. Vi vil påpeke at dette er forhold vi stadig kommer bort i når vi gjennomgår data og statistikk fra barnevernsfeltet – ting ser ikke ut til å henge sammen, og presentasjonen fra barnevernets side og rapporter initiert av dem, er systematisk «penere» enn det inntrykket som skapes av data fra andre kilder.

Utvalget bemerker flere steder i rapporten at de savner helt sentrale opplysninger og styringsdata for feltet. Det støttes fullt ut. Mange av disse har vært etterlyst fra brukernes side i flere tiår. Feil grunnlagsdata gjør alt påfølgende arbeid bortkastet og i verste fall skadelig. Gjennom hele barnevernets eksistens har fagfolk, brukere og andre varslet om feil, ofte grove, i barnevernets informasjonsinnhenting og saksgrunnlag. Ut fra dette er det ikke tenkelig at man kan ha rett når man påstår at ingen barn er omsorgsovertatt uten god grunn, slik barnevernet gjentatte ganger har gjort, bl.a. tidligere direktør i Bufdir Mari Trommald, med henvisning til rapporten «Å reise vasker øynene». Politiske og administrative barnevernsmyndigheter bør svare på hvorfor de ennå ikke har tatt på alvor oppfordringene om å nedsette en ekstern, uavhengig granskingskommisjon som kan granske et tilstrekkelig antall tvungne omsorgsovertakelsessaker og dokumentere andelen av uriktige slike. De tallene som fra ulike kilder kan si noe indirekte om hvor omtrent man kan forventes å havne, peker et sted mellom 60 og 90% av sakene. Andre kilder som antyder noe om hvor mange barn som er korrekt omsorgsovertatt, peker tilsvarende i retning av 10-15%. Det hadde vært av største betydning for både barna, barnevernet selv og samfunnet å få klarhet i dette forholdet.

Ett eneste barn som med tvang er fjernet fra hjemmet sitt og familien sin uten god grunn, er en skandale. Hva er da 550 barn - pr. år (i 2021 ble 651 barn vedtatt flyttet ifølge Fylkesnemndene for

barnevern og sosiale saker, kilde: <https://frifagbevegelse.no/fontene/barnevernet-flytter-farre-barn-ut-av-hjemmet-det-bekymrer-myndighetene-6.158.901319.f4621ebd3c>)? Og kan dette forklare noe av utageringene, rømmingene, brannstiftelsene, det store antallet barn med psykiske skader og plager, antall barn som tyr til rusmidler, antall politioppdrag og endog noen av drapene som har skjedd i barnevernet? Sier dette noe om hvorfor barnevern eller helse ikke «kommer i posisjon», som det heter, til å gi barna hjelp, så lenge det benektes fullstendig at barna er påført skadene sine av selve flyttingen?

Komplisert forhold til familien

I underkapittel **7.2.3.1. Familieforhold** slår utvalget fast at mange barn på institusjon kan ha et komplisert forhold til familien sin. Både vi og mange andre har observert en gjennomgående tendens til å beskrive barnas familieforhold som betydelig verre enn det uavhengige kontakter observerer. Det er dokumentert av bl.a. Elisabeth Backe-Hansen at barnevernet systematisk plukker ut negative forhold og utelater positive forhold i saker hvor de målrettet jobber for omsorgsovertakelse (<https://deichman.no/utgivelse/p47da6c4b94eb636ca58479980abfc8a8?se-archQuery=klasse%3A%20%22362.7%22>). Disse negative beskrivelsene blir så presentert for barna, i den hensikt å få dem til å ta avstand fra sin egen familie, «forstå» omsorgsovertakelsen og barnevernets begrunnelse for den, og deretter knytte seg til de nye omsorgsgiverne og hylle barnevernet.

På mange av de som uforbeholdent og unyansert støtter og fremsnakker barnevernet, kjenner vi igjen karakteristiske skader på separasjonsskadede barn.

Det er fra lang tid tilbake påvist at barn ikke trenger å avvise egne foreldre for å kunne knytte seg til andre, at man påfører barna skade ved å diskreditere foreldrene idet man samtidig diskrediterer foreldrenes felles «produkt», nemlig barnet selv, og at denne praksisen stammer fra en grov misforståelse av tilknytningsteorien slik Tommie Forslund redegjør for i denne videoen:

https://www.youtube.com/watch?v=jNImkdja9HI&ab_channel=Barnetsb%C3%A4sta.Alltid.R%C3%A4ttss%C3%A4kerhet.Nu.

Denne praksisen må sammen med den fysiske distanseringen over lang tid med få kontaktpunkter, kunne betegnes «foreldrefremmedgjøring» - et begrep som man i USA har diskutert om burde vært forbudt etter straffeloven (<https://www.psychologytoday.com/us/basics/parental-alienation>). Mangelen på bevismulighet ser ut til å ha vært den mest sentrale grunnen til at dette ble avvist, mens graden av skade som barnet blir påført var den mest sentrale grunnen til at strafferett ble vurdert.

7.2.3.2. Arbeid, bolig og økonomi

Her anføres at barn fra familier med lav sosioøkonomisk status, oftere har erfaring med barnevernet sammenlignet med barn i familier med høyere sosioøkonomisk status. Dette er godt dokumentert i mange rapporter. Utvalget sier ingenting om årsakssammenhenger her, men tallene alene leder leseren til å tenke at dårlige sosioøkonomiske forhold resulterer i dårlig omsorg. Det er en slutning som baserer seg på fordommer og ikke fakta. Om det er en sammenheng kan den være indirekte og mer påvirke omsorgs-*muligheten* enn omsorgsevnen.

Våre observasjoner bekrefter også dette forholdet, men det kan være grunn til å se nærmere etter, om årsakssammenhengen går den andre veien; **at barnevern og offentlige meldere oftere og mer målrettet melder bekymring og starter undersøkelsessak mot foreldre som lever under dårlige sosioøkonomiske forhold**, og samtidig sjeldnere melder og undersøker velsituerte familier. Familier med solide ressurser har også lettere tilgang til kvalifisert hjelp. Det er gjentatte ganger påvist at den

støtten og hjelpen som familien får av det offentlige i forbindelse med en barnevernssak, er av dårlig kvalitet og til lite hjelp.

Kap. 8 Tilbudet til barn med store og sammensatte behov

Utvalgets situasjonsbeskrivelse støttes. Det er forstemmende å vite at *her* er barn hvor behovet er stort for en eller annen type hjelp, *der* er hjelpen, men de to møtes ikke. Hvorfor?

Vi viser til 1) Kierkegaards ord på s. 3, videre på 2) faktagrunnlaget som tjenesten opererer med og i hvilken grad det samsvarer med barnets faktiske erfaringer og opplevelser, og til sist de 3) metoder og holdninger barnet blir møtt med.

Ofte gjenkjenner vi barnevernet selv som med sin faglige arroganse uten faglig fundament, utgjør det største hinderet for hjelp fra andre tjenester – de slipper rett og slett ikke til, eller de settes inn i rollen som assistenter for barnevernet. Det er både formålsløst og sløsing med ressurser, og da er det helt korrekt, både etisk og medisinsk, å trekke seg ut. Helsearbeidere har et moralsk pålegg om aldri å skade; det har ikke barnevernsarbeidere.

Kap. 9 Tverrfaglig kartlegging av behov og ressurser

Utvalget skal igjen berømmes for å gi en særdeles klar og presis beskrivelse av situasjonen. God (og vi vil tilføye, korrekt) kunnskap om et barns behov og ressurser er selve fundamentet for å kunne gi riktig hjelp og ivareta barnets rettssikkerhet. Denne kunnskapen foreligger ikke i dag.

At barnevernets beskrivelser av barnas behov og ressurser har vært gjennomgående feilaktig i et flertall av sakene er forhold som har vært påtalt i tiår etter tiår av fagfolk, brukere, støttespillere og også barnevernsansatte. Som det heter i rapporten: dette er fundamentalt for hjelpen til barna.

Vi støtter også utvalgets presisering av at det er «tilsvarende viktig» at kartleggingen inkluderer *de som kjenner barna*, og omfatter både kunnskap og ressurser som finnes i barnets nettverk.

Barnets nettverk er ikke fosterforeldre eller institusjonspersonale; Barnets nettverk er foreldre, annen familie eller andre som har stått barnet veldig nært før det ble flyttet.

9.1.1 Barnevernstjenestens ansvar for undersøkelser

I situasjonsbeskrivelsen nevnes Barnevernsfaglig Kvalitetssystem og kunnskapsmodellen «Barnets behov i sentrum». Gitt erfaringer med at Bufdir også 1) etter at feil har blitt påpekt, slik som i saken om hvor grensen går mellom offentlig ansattes meldeplikt og taushetsplikt hvor prof. em. Bente Ohnstad og flere med henne har måttet skrive en bok om problemet før Bufdir korrigerer sin informasjon; 2) datauttrekket om selvmord blant barn på institusjon, 3) uvitenheten om mangelen på grunnleggende kunnskapsemner i barnevernsutdanningen (ikke på masternivå men i innledningen på bachelorstudiet) og 4) flere lignende saker, finner vi grunn til å spørre om eksterne fagpersoner med relevant kompetanse, og som samtidig er uavhengige av barnevernet, har gjennomgått og kvalitetssikret disse systemene? Vi vet ikke om noen brukere, advokater, psykologer eller andre utenom saksbehandlere som har hatt innsikt i disse systemene. Det vi observerer, er at når barnevernet gjør feil i

sin saksbehandling og håndtering av barna, er det de samme feilene som gjøres på samme måte landet over, uansett form og format på tjenesten. Denne konsistensen har forundret oss, ikke minst når nærmest «alle andre parametre» er påvist å variere så mye som de gjør. Dette vitner om at vi ikke har med tilfeldige feil å gjøre men at de på en eller annen måte er systematisert, og bæres av en landsdekkende struktur. Kan det være fagsystemet og kunnskapsmodellen?

Mangler grenser for sin kompetanse

Vi ønsker velkommen utvalgets presisering av at barnevernet selv ikke har kompetanse til å kartlegge og utrede barnas behov for helsetjenester. Til tross for at dette er godt kjent, finnes det et stort antall gjengivelser, skriftlige og muntlige, av at barnevernet i realiteten gjør nettopp dette. De tilegner barn diagnoser, de overser medisinske diagnoser, de gir eller seponerer medikamenter, de henviser eller lar være å henvise til andre instanser basert på vurderinger som fordrer medisinsk faglig kompetanse. Det ser ut til at sosialfagsutdanningene, overfor sine studenter, feiler i å gi dem en god forståelse av hvor yttergrensen for deres kompetanse går, og hvor andres kompetanse begynner. Vi mener dette er en av årsakene til at samarbeidet med helsetjenesten er problematisk.

9.1.2 Nasjonalt forløp for barnevern og helse og 9.1.3 Tverrfaglig helsekartlegging

Disse to tiltakene overlapper på formål:

Nasjonalt forløp skal bidra til å avdekke helseutfordringer hos barn i barnevernet, og til at barna får nødvendig helsehjelp i kombinasjon med tiltak fra barnevernet

Tilbud om tverrfaglig helsekartlegging har som målsetting å bidra til at barn og unge som flyttes ut av hjemmet får god og tilpasset omsorg, oppfølging og eventuell barnevernsfaglig behandling. Tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til å identifisere barnets hjelpe- og helsebehov.

Begge har som mål at rett barn skal få rett hjelp til rett tid.

Vi mener det her legges opp til dobbeltarbeid og at hver av ordningene har betydelige svakheter. Disse kan elimineres dersom de slås sammen til ett tiltak med følgende utforming

- Kartleggingen må gjøres som et første tiltak inn mot familien, før barnevern eller andre har fått alarmert foreldrene og/eller barnet. Dette fordi kartleggingen av psykisk helse er avhengig av at barnet ikke er i en alarmert tilstand som kan tillegges barnevernet
- Kartleggingen må defineres som helsehjelp med de rammer og mandater som ligger i helsetjenesten
- Kartleggingen initieres av barnevernet som første trinn i en undersøkelsessak
- Kartleggingsprosessen må starte hos barnets fastlege/helsestasjonslege som henviser videre til aktuelle instanser/fagenheter, men hvor kartlegging av psykisk helse er obligatorisk
- Det opprettes ikke egne «team» for kartleggingen, men de fagpersonene som har gjennomført kartleggingen avholder et tverrfaglig møte (MDT-møte) hvor de gjennomgår sine funn og sammen avklarer evt. funn, uoverensstemmelser eller mangler
- Kartleggingen gjøres uten medvirkning fra barnevernets side, da tiltaket er definert som helsehjelp
- Foreldrene (og barnet selv hvis det er gammelt nok) gis mulighet for kontradiksjon (innsigelser, tilføyelser etc.) før rapporten ferdigstilles og deles med foreldre og barnevern
- MDT-møtet definerer i rapporten om videre tiltak er skal- eller kan-tiltak.

- Ordningen finansieres over barnevernets budsjett siden de initierer kartleggingen, mens helsetjenesten finansierer oppfølgingen siden de har styringsrett over dette
- NABE deltar ikke i denne tverrfaglige helsekartleggingen. Alle utredere må møte barnet personlig, fysisk
- Rapporten (og evt. oppdateringer av denne) gjøres tilgjengelig for alle involverte i saken

Barnevernet er, som tidligere anført, avhengig av å få påpekt ulike somatiske og psykiske utfordringer som *grunnlag* for å gjøre korrekte vurderinger av barnets omsorgssituasjon. De må derfor komme i rett rekkefølge og atskilt fra hverandre, men hvor helsekartleggingsrapporten legger føringer for omsorgs- og oppfølgingskartleggingen (inkl. skole- og opplæringsplaner med bidrag fra PPT/Statped, NABE, mangfoldskompetanseressurser m.fl. etter behov). Det er tallrike beretninger om barn med nevrodivergente tilstander og andre funksjonsforstyrrelser som har blitt feiltolket av barnevernet og deretter påført grove skader, i verste fall død, av det offentlige hjelpeapparatet. Dersom helsemessige forhold avklares helt i starten av saken, kan mange barnevernsutredninger henlegges umiddelbart og barnevernet spare betydelige mengder arbeid.

Foreldre har i mange tilfeller jobbet lenge for å få avklart et forhold rundt barnet, og dersom et innspill fra barnevernet kan hjelpe dem til å oppnå det, vil både barn og foreldre profitere. Det vil også kunne ha stor betydning opp mot barnehage eller skole mht. tilrettelegging og tilpasning.

Vi vet alle at noen ganger oppstår uenighet mellom fastlege og pasient hvorvidt pasienten har en tilstand som trenger utredning/oppfølging eller ikke. Særlig fortvilende er det for foreldrene dersom dette gjelder et barn, og foreldrene blir da ofte tolket som polariserende, overbeskyttende eller overreagerende. Ved at psykisk kartlegging gjøres obligatorisk bringer vi inn en helsefaglig ressurs i tillegg til fastlegen, som kan bidra til at forelderen eller barnet føler seg hørt og forstått, og vurderinger og beslutninger tas av minst to fagpersoner og ikke bare en. Dette øker også muligheten for at barnet selv opplever å bli møtt av en person som det får tillit til.

Vi tror ikke dette vil tappe helsetjenesten for store ressurser totalt sett – de fleste barnevernsbarna har eller utvikler et betydelig behov for helsehjelp. Vi tror heller at nødvendig helsehjelp vil komme inn i riktig spor på et tidligere tidspunkt enn i dag og derved virke forebyggende.

Det bør vurderes om forhold som avdekkes av helsetjenesten eller barnevernet og som beskriver behov for tiltak i barnehage/skole, skal kunne gis som lovhjemlede pålegg til kommunen med tidsfrister, og hvor kommunen kan sanksjoneres dersom rettigheten ikke oppfylles. I dag er det et betydelig problem at barn har rettigheter i skole/barnehage som enheten ikke har økonomiske midler til å oppfylle. Retten til tilrettelagt undervisning er derfor i realiteten illusorisk, og det er tilfældigheter som avgjør. Ofte blir slike forhold opphav til senere mistriksel, fortvilelse og utagering, i verste fall kriminalitet eller radikalisering.

Samfunnsøkonomisk fornuftig

God kartlegging av barnets behov og ressurser er ikke minst også samfunnsøkonomisk klokt: Barn som skades og ikke får riktig hjelp blir en dårlig ressurs, eventuelt en mindre eller større belastning, for samfunnet. At kartleggingen avdekker faktiske forhold på en korrekt måte er, som det sies, en nødvendig forutsetning. Da må riktige kilder brukes og gjengis korrekt, riktige metoder anvendes på rett måte og riktige analyser gjøres av personale med riktig kompetanse.

I dag finner man omfattende feil ved alle disse forhold.

Forhold av betydning for institusjonsarbeidet

-Dette temaet ligger som en forutsetning for institusjonsfeltet. Det krever en egen utredning, men vi kan anføre to viktige forhold:

1. Samtlige barn som flyttes ut av hjemmet, er skadet. Hvis ikke barnet allerede er skadet før flytting, vil ethvert inngrep som fratar et barn dets foreldre, uansett om det er formelt hjemlet i et lovverk eller ikke, påføre barnet omfattende skader, ofte varige.
2. Barnevernets faglige nestorer misbruker eller mistolker tilknytningsteorien. I mange år har de innprentet barnevernspedagoger at de må *bryte* tilknytningen mellom barn og foreldre for å tvinge barna til å knytte seg til de nye foreldrene. Dette er selvsagt potensielt svært skadelig for barna, i tillegg til skade som omtales i pkt. 1.

Når man fra institusjonshold skal forholde seg til barna, vil de som er flyttet mot sin vilje og ikke gjenkjenner barnevernets beskrivelse av forholdene i hjemmet, ha et helt annet utgangspunkt for å ta imot hjelp enn barn som er flyttet etter eget ønske.

At selve flyttingen skader barna sies det ingenting om noe sted i barnevernet. Det inngår ikke som vurderingsgrunnlag ved vedtak om flytting, det inngår ikke i læreplanen for barnevernspedagoger, det inngår ikke i noen av de rapportene og utredningene vi har lest innen feltet, heller ikke denne.

Skaderisikoen er godt kjent i allmennheten – vi snakker ikke om skjult kunnskap. At norske kommunale vergeråd og fattigstyrer på 1920-tallet ikke plukket opp den kunnskapen som ble utviklet i England på den tiden, om omfattende skadebilder på barn også ved kortvarig separasjon fra foreldrene, er forståelig, men etter at psykolog John Bowlby la fram sin rapport bestilt av WHO i 1951, var dette etter kort tid kjent kunnskap i hele den utviklede verden. Her i landet ble kunnskapen implementert i sykehusene på 70-tallet. Vi har altså praktisert denne kunnskapen i over 50 år i det norske samfunn. Det er derfor ikke tenkelig at barnevernsansatte ikke kjenner til dette forholdet.

9.2 Utvalgets problemforståelse

9.2.1 Barnas behov og ressurser er ikke tilstrekkelig kartlagt før institusjonsopphold

Vi er enig i at det er store forskjeller i kompetanse, erfaring og kapasitet i de kommunale barnevernstjenestene, og man observerer at de ofte ikke kartlegger barnas behov og ressurser godt nok før de velger tiltak.

Her vil vi imidlertid stoppe opp litt. Utvalget trekker, slik vi oppfatter det, opp en årsakslinje mellom kompetanse/erfaring/kapasitet, og setter det opp som forklaringsparametre for at kommunene har ulike forutsetninger for sine kartlegginger. Vi ber om at det gjøres en noe grundigere undersøkelse på dette, fordi:

Ad kompetanse:

- Det er påvist store mangler i barnevernsutdanningen mht. hvilke emner studentene skulle vært gjennom for å ha nødvendig kompetanse i forhold til oppgavene de skal løse. Læreplanenes innhold er ikke utformet av fagfolk med kompetanse til å vurdere dette – det er personer fra utdanningsfeltet selv som har styringen med hva som står på sosialutdanningenes læreplaner
- Sosialfagstudenter er i systematiske kartlegginger vist å være blant de utdanningene som bruker minst tid på studier og egenlæring

- Universitetsbibliotekarer og -bokhandlere forteller at lærematerialet til sosialfagene er de klart dårligste lærebøkene de formidler innen noen fagretning

Jan Messel har redegjort for utdanningens utvikling fra mellomkrigstiden til 1975 her: <https://uni.os-lomet.no/jubel/historisk-tilbakeblikk/>, og andre kilder kan gi oversikt over utviklingen fram til i dag.

Samtidig vil vi løfte fram vurderinger gjort av utenforstående med relevant kompetanse:

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/r2b9w/jeg-holder-fast-ved-mitt-utgangspunkt-barnevernsutdanningen-er-for-overfladisk-anki-gerhardsen>

<https://fontene.no/debatt/regjeringens-forslag-om-master-tetter-ikke-kunnskapshullene-i-barnevernet-6.47.789940.01020d849e>

Barnevernspedagogene bruker selv uttrykket «barnevernsfag» om sitt kunnskapsområde, men det kompetansefeltet de besitter er ikke noe eget fag i akademisk forstand, det er en utdanning. De har hentet emner fra sosialfag, psykologi og juss ispedd litt «krydder» fra andre felt. Et eksempel på slikt «krydder» er de 30 sidene med oppramsinger av ulike personlighetsforstyrrelser hos voksne som man finner i «Barn i risiko» av Øyvind Kvello, 2. utg. Dette lærestoffet legges fram for 19-åringer uten at det foregår eller følges av kunnskap om hvordan menneskets sinn og hjerne fungerer, hva er «personlighet», hva er en personlighetsforstyrrelse, osv., osv. De gis altså en rekke fagtermer som de ikke forstår verken innhold, begrensninger eller konsekvenser av men som de, underforstått, oppfordres til å bruke i og med at de står i læreboka.

Et utdanningsfelt som baserer seg på andre fag har lite motstandskraft mot uheldig påvirkning utenfra. Et eksempel er vist med boka «Det barnevernskapte overgrep» hvor det i forlagets resyme står:

Sosialpedagogikkens kjernet teori er sosialkonstruksjonismen. Den fremste grunnforestillingen innenfor denne retningen, som blant annet utgjør det teoretiske og praktiske grunnlaget for barnevernsutdanningen, er at det finnes ingen objektiv virkelighet eller sannhet. Virkeligheten og sannheten er sosiale konstruksjoner som skapes, eller «fabrikkeres», gjennom den daglige interaksjonen mellom mennesker.

Så ja, kompetansen varierer mellom ulike kommuner.

Ad erfaring:

Som en følge av svakt fundert og utviklet utdanning kan man se stor variasjon i kvaliteten på de utdannede. Dette kom tydelig fram nylig med nyheten om 46% stryk på juss hos masterstudenter i barnevern, men hvor enkelte skoler (Høgskulen på Vestlandet) hadde 100% ståkarakter

(<https://www.khrono.no/halvparten-strok-pa-juss-i-barnevern/840321>)

Utdanningen har gjennomgått betydelige endringer opp gjennom årene. Det betyr at eldre arbeidstakere har en annen og formodentlig svakere utdanningsbakgrunn enn nyutdannede. Utdanningsbakgrunnen vil prege hvilken læring de har tatt til seg gjennom yrkespraksisen. Ansiennitet oppfattes som faglig «seniority». I et svakt fagområde kan det like gjerne føre til motstand mot oppdatering og kompetanseutvikling fordi den primært tilføres gjennom «juniorene» som har lavere status i miljøet, samtidig som man ikke forebygger faglig arroganse basert på ansienniteten – «jeg har lengst erfaring derfor vet jeg best».

Erfaring er derfor ikke synonymt med bedre kompetanse og vurderingsevne, snarere tvert imot. De dyktige yrkesutøverne kan ikke identifiseres gjennom objektive parametre, de må måles på konkret yrkesutøvelse. Ofte blir de holdt borte fra saker som fører til omsorgsovertakelse og satt til å drive med hjelpeoppgaver. Det som i lang tid har vært observert i brukermiljøet, er at det har dannet seg clustre av kommuner med dårlig yrkesutøvelse i noen områder. Disse tjenestene preges av dårlig ledelse, dårlige holdninger, lav kompetanse, mye bruk av innleide konsulenter, mye overdreven og ulovlig myndighets- og maktbruk, mye frykt og alarmisme blant de ansatte, stort behov for å skjule, hindre innsyn i og dekke over egne feil, og stor grad av rotasjon av ansatte mellom kommunene selv om lovbrudd og andre feil gjentatte ganger fører til oppsigelser.

Ad kapasitet:

Vi vet alle at det tar minst like lang tid å gjøre en ting feil, som å gjøre den riktig. At det gjøres enormt mye feil i barnevernet er godt dokumentert, og vi bare refererer at Helsetilsynet de siste 7 årene gjennom sine landsdekkende tilsyn har vist at feilprosenten ligger mellom 66 og 90%.

Videre har feil veiledning fra Bufdirs side i offentlige ansattes meldeplikt, gitt en formidabel strøm av ulovlige bekymringsmeldinger som tjenesten har oppfattet at de er pålagt å starte undersøkelsessak på, uten at et slikt pålegg faktisk foreligger, og hvor samfunnsdiskursen har gått på at «dersom de ikke finner noe galt, må de bare se bedre etter». Det siste har gitt et udefinert press mot tjenesten som de ikke har evnet å verne seg mot.

Kombinert med dårlig kvalitet på barnevernsledere som blant annet ikke har evnet å prioritere oppgavene og dermed ressursene, har dette hatt stor betydning for kapasitetsutfordringene i etaten.

Høy forekomst av helserelaterte lidelser

Det rapporteres videre at barn i barnevernet har høy forekomst både av psykiske lidelser og somatiske helseutfordringer, som overvekt, dårlig tannhelse og manglende vaksinerings (Kling, Vinnerljung & Hjern, 2015). Dette er en svensk studie som så på 120 svenske barn. I hvilken grad resultatene fra Sverige har overføringsverdi til Norge, vet vi ikke. Heller ikke hva som er årsak og hva som er virkning, hvilket vi kan eksemplifisere gjennom tannhelse: Fra studien, som har inkludert alle barn som i en periode ble omsorgsplassert i en enkelt region i Sverige, rapporteres: «Half of the 7- to 17-year-olds had untreated dental decay.» Tannleger er pålagt meldeplikt på alle barn med flere hull. Dette vil i seg selv gi overhyppighet av tannskader blant barn som undersøkes av barnevernet. Årsaker til tannskader sees på som et sikkert tegn på omsorgssvikt og indikator for seksuelle overgrep. Særlig det siste er vanskelig å påvise via andre karakteristika ved hjemmet, og tilsvarende vanskelig, for ikke å si umulig, å motbevise dersom det ikke har forekommet. Foreldre som protesterer vil lett kunne ansees som fornektende av faktiske hendelser, og barna som forsvarere og «lojale» mot sine foreldre, hvorpå de mister vitneverdi.

På den annen side viser denne studien fra 2017, også svensk, at så mye som 20% av barn har en aggressiv bakterietype i munnen som fører til hyppig forekomst av tannråte: [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(17\)30381-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(17)30381-X/fulltext)

Kling et al. kunne ikke testet for forekomst av denne bakterietypen og evt. samsvar med tannproblemer hos barna, men nå kan vi spekulere i hva en slik test ville ha vist. Dette minner oss om hvor viktig det er med oppdatert forskning og kontinuerlig kontakt på tvers mellom ulike fagområder.

Det samme gjelder fedme: Andelen 8- og 9-åringer med overvekt og fedme har vært stabil på ca. 20 prosent både for gutter og jenter i perioden 2005-2018 (<https://nhi.no/sykdommer/barn/hormon-sykdommer/overvekt-hos-barn>). Samtidig vet vi at fedme i seg selv ansees som indikator for omsorgssvikt og derfor i seg selv fører til økt meldehyppighet blant disse barna.

Innen medisin og helsefag har man et utsagn som sier «Den som leter, finner». Den er ment som en advarsel om at alle mennesker kan få påvist noe som fremstår som en helserelatert feil eller utfordring dersom man tar alle virkemidler i bruk, kun basert på den biologiske variasjonen som finnes mellom individer og at man setter referanseområder for måleparametre til innenfor 2 standardavvik fra sentraltendensen (gjennomsnittet eller medianen i referansegruppa som ofte er medisinerstudenter og derfor ikke alltid sammenlignbar med den målte populasjonen). Slike «funn» vil i mange tilfeller føre til unødvendig belastning og ofte skade på pasienten dersom man iverksetter tiltak, og også bekymring og mentale belastninger selv om man ikke iverksetter tiltak. Man må derfor stoppe «mens leken er god».

Barnevernet synes ikke å ha noen slik kunnskap eller innebygd forsiktighetsregel.

Studien til Kling et al. synes å være brukt i rapporten for å dokumentere skadene som barna er påført i hjemmet før omsorgsovertakelse. Det gjør den ikke. Det er umulig - etter at flyttingen har funnet sted - å skille skader påført ved eller på grunn av flyttingen, fra skader påført i hjemmet, med mindre man kan påvise at skadene må ha en viss alder slik som tannskader og grodde frakturer. Psykiske skader blir ofte feildiagnostisert, traumer blir ofte ikke diagnostisert. Barn blir ved samtaler med barnevernet introdusert for forestillinger og begreper som senere enten tillegges dem selv eller foreldrene, alt etter hvordan det tjener barnevernets interesser.

9.2.2. Manglende felles forståelse av barnas behov

I dette underkapitlet refereres det til Helsetilsynets nylige gjennomgang av åtte saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner har mistet livet. At det kun er åtte selvmordssaker som ble funnet i registeret, er underlig. Kristofersen L.B. Barnevernsbarnas helse 1990-2002 (2005) s. 60 tabell 6.1 viser 702 dødsfall blant barnevernsbarn i løpet av 12 år. Av disse var 150 klassifisert som selvmord (tabell 6.6 s. 67); 12,5 barn pr. år.

Antall barn som var på institusjon gjennom året i perioden 2018 t.o.m. 2022, var 10780 (SSB tabell 10661, 0-17 år). Antall barn som var institusjonsplassert i perioden 1990-2002 var 10308 (Kristofersen 2005, tabell 4.6 s. 38). Vi undres over om det kan stemme at antall selvmord har sunket fra 150 på 90-tallet til 8 rundt 2020, pr. 10 000 institusjonsplasserte barn, eller om det er en svakhet i registeruttrekket her – vi har ikke observert noen forhold som kan forklare en slik stor nedgang, og har heller ikke merket oss at antall selvmord har sunket så drastisk i løpet av disse 30 årene. Vi har ikke funnet noen offentlig statistikk som viser utviklingen av selvmord blant unge under 18 år gjennom de siste 30 år.

9.2.3 Manglende eierskap til tverrfaglig helsekartlegging i helsetjenesten

Nok en gang berømmer vi utvalget for gode og riktige beskrivelser – denne gang av sluttrapporten for etablering og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging. Det har vært fortvilende å se den fremstilt på helt andre måter inn mot ulike beslutningstagere. Vi støtter fullt ut de bekymringer og utfordringer som utvalget her uttrykker.

9.3 Utvalgets vurdering

Vi støtter utvalget i alt bortsett fra to ting:

1. Tverrfaglig helsekartlegging bør gjøres på samtlige barn som kommer i kontakt med barnevernet.

De aller fleste barna er allerede i kontakt med helsevesenet. Dersom helse får anledning til å bruke sine ressurser, struktur og kompetanse slik de normalt gjør, vil antall barn som sluses gjennom denne type kartlegging ikke føre til u håndterlig ekstrabelastning for helse, i og med at det er barnevernets budsjett som belastes. De som får avdekket behov for helsehjelp skal uansett sluses inn i helsetjenesten, og med denne ordningen vil de forventes å få tidlig hjelp mens både behovet og skaden er mindre.

Barn som har bodd hjemme lenge under en eller annen form for oppfølging av barnevernet, kan få utført en ny kartlegging av relevante forhold dersom forhold utvikler seg i gal retning, eksempelvis mistenkt utvikling av rusavhengighet eller psykisk sykdom. Alternativt kan barnet gis rett til ny tverrfaglig helsekartlegging etter en gitt tid i hjem med tiltak fra barnevernet, for eksempel annethvert år.

2. Foreldrene MÅ involveres i kartleggingen

Utvalget skriver at kartleggingsteamet bør møte personer «i barnets nettverk» som kan bidra til å gi utfyllende informasjon om barnet. De som har skapt barnet besitter så mye bakgrunnsinformasjon om barnet at det er utelukket å ikke involvere disse, uansett hvor eller hvordan de er og fremstår. Bare ved sin blotte fremtreden vil de avgi viktig informasjon som helsepersonellet trenger for å gjøre kartleggingen.

Man kan vurdere om foreldre i gitte tilfeller skal kunne pålegges utredning for visse tilstander som ledd i kartleggingen av barnet.

Barn som lever i en kritisk og uavklart situasjon

Vi er enige i utsagnet om at å kartlegge barn som lever i en kritisk og uavklart situasjon kan være krevende. -Men hvor mange barn gjør det? Vi vil påpeke at antall barn som tas med akuttvedtak ikke samsvarer med antall barn som «lever i en kritisk og uavklart situasjon». Dersom tverrfaglig helsekartlegging innføres som første tiltak i en barnevernsutredning tror vi man fort vil se et drastisk fall i antall akuttsaker. Akuttvedtaksinstituttet brukes i et stort antall saker til helt andre formål enn det er tiltenkt. Reduksjonen i antall akuttvedtak ved Kongsberg barnevernstjeneste kan illustrere dette – de kunne med omorganisering og endrede arbeidsmetoder redusere antall akuttvedtak til 10% av det opprinnelige: <https://fontene.no/nyheter/barnevernet-i-kongsberg-reduuerte-akutt plasseringer-med-90-prosent-6.47.417300.5997f1da36>

Når utvalget i sine vurderinger tar hensyn til forventet kapasitet, må de sikre at grunnlagsmaterialet og faktagrunnlaget er korrekt. Det gjør man best ved å lytte til de varslene som foreligger om tjenesten, og deretter sjekke disse ut på en ordentlig måte.

Komplekse og krevende saker

Sist i underkapitlet tar man opp Barnevernsutvalgets forslag om å innføre krav om tverrfaglig spesialistvurdering i komplekse og krevende saker. Vi tror det er grunn til først å finne ut hva som karakteriserer det barnevernet kaller «komplekse og krevende saker». Menneskers liv er komplekse – mange faktorer inngår i og påvirker livene våre hele tiden, så sånn sett skulle samtlige personrelaterte saker være «komplekse» og ingen skulle seg ut av den grunn. En mulig forklaring kan være at dette er saker med stor grad av uenighet mellom barnevernstjenesten og barnet sammen med foreldrene, og hvor foreldrene har en kvalifisert støttespiller på sin side som evner å påvise barnevernets feil.

Disse sakene preges ofte av multiple lovbrudd, stor grad av forskjøvet virkelighetsbeskrivelse av barnets hjemmemiljø, evt. også barnet selv (de kan påføres eller fratras diagnoser eller behov for å oppfylle barnevernets ønske om utfall i saken), mange aktiviteter fra barnevernets side for å unngå innsyn i hva som gjøres, saksbehandling som tydelig avviker fra retningslinjer og regelverk, samt selektiv utvelgelse av «dokumentasjon» hvor det som står i dokumentene ser ut til å være produsert i en bestemt hensikt siden andre kilder kan bevise at de ikke gjenspeiler den virkelighet de skulle beskrive eller vurdere. I slike saker forekommer også planting av falske minner hos barnet, aktiv foreldrefremmedgjøring, mye bruk av sanksjoner mot barnet dersom foreldre gjør noe barnevernet ikke liker (heri inkludert direkte trusler om å bli sendt på institusjon på andre kanter av landet på sperret adresse), og hvor foreldrene bruker de maktmidler de har, som i all hovedsak dreier seg om å vekke andres oppmerksomhet om det som skjer og prøve å oppnå rettferdighet på den måten, etter at alle samtaler, møter, skriftlige innsigelser, klager og tilsynsmuligheter er oppbrukt uten nytte. Disse sakene finnes ofte ved tidligere omtalte clustre av tjenester med gitte karakteristika som tidligere beskrevet, mangel på engasjerte kommunepolitikere som går tjenesten etter i sømmene, og lokalisert under et statsforvalterembete som har tette forbindelser til de kommunale barnevernstjenestene og dertil lav kompetanse på sin avdeling for barnevern. Disse tingene henger ofte sammen.

Vi er bekymret for at barn med foreldre som verken tør eller evner å stille krav om korrekt saksbehandling i sin kommune, lettere blir utsatt for maktovergrep fra barnevernets side.

Siden disse sakene både vekker henholdsvis stor frustrasjon og stor sympati hos begge parter og deres nærmeste, og at dette har vært påpekt over svært lang tid, forundrer det oss at ikke krav om uavhengig, eksternt granskning av et representativt antall slike saker (tvungne omsorgsovertakelser) har blitt etterkommet. Ingen vet pr. nå om dette gjelder 10% av sakene eller 90%, det vi vet er at de antagelig tar bortimot 90% av arbeidskapasiteten til både barnevern og foreldre, og skaper mye uhygge for alle parter.

Alle ønsker av rett barn skal få rett hjelp til rett tid. Rett sakshåndtering vil føre til nettopp det, og da vil både ansatte, foreldre og ikke minst barna bli fornøyd i de aller fleste tilfellene.

Vi tror ikke tverrfaglig spesialistvurdering vil løse disse sakene, da vi ikke tror det er medisinske, spesialpedagogiske eller psykologfaglige faktorer som gjør dem komplekse.

Kommunens størrelse korrelerer ikke med kvaliteten

Kommunens størrelse er ikke noen relevant parameter så langt vi har sett – dette forekommer i både store og små tjenester. I brukermiljøet har det vært gjort uformelle undersøkelser av hvilke kommuner som kom dårlig ut i brukernes øyne, og blant de som *ikke* ble beskyldt for å ha dårlige tjenester, var flertallet kommuner med under 5000 innbyggere (https://www.youtube.com/watch?v=jNIm-kdja9HI&ab_channel=Barnetsb%C3%A4sta.Alltid.R%C3%A4ttss%C3%A4kerhet.Nu.)

9.3.4 Utvalgets modell for tverrfaglig kartlegging av barn som skal flytte til institusjon

Her har vi presentert vår egen modell, så denne gang får ikke utvalget vår fulle støtte.

Kommunale botiltak med heldøgns omsorg som omsorgstiltak omtales under kap. 12.

Vi støtter at en full behovskartlegging starter med å kartlegge barnets og familiens ressurser og styrker.

Dersom noen vurderer at det ikke er behov for kartlegging, bør også barnet ved foreldrene eller barnet selv ha klagerett.

Kommentar til boks 9.1: Det er hjerteskjærende på barnas vegne å lese at en helt dagligdags situasjon i en vanlig familie skal være en nærmest uoppnåelig drøm for dagens barn på institusjon. Det viser etter vår mening hvor galt disse institusjonene drives.

Kap. 10 Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon

Alvorlig situasjonsbeskrivelse, men adresseres rett problem?

Utvalget innleder kapitlet med å beskrive en svært alvorlig situasjon: «...som bor på barnevernsinstitusjon har alvorlige psykiske problemer og utsetter seg selv for så stor skade og risiko at både foreldre og ansatte går med en konstant frykt for barnas liv. For noen har frykten blitt en realitet.»

Av en eller annen grunn finner utvalget det nødvendig å ufarliggjøre budskapet ved å presisere at det gjelder «Noen få barn...» Vi er usikre på hvorfor utvalget finner dette nødvendig?

I kap. 9.2.2. har vi lagt frem kilder som peker i retning av at det antall selvmord som Bufdir fant frem til for gjennomgang av Helsetilsynet, var overraskende lavt, og Lassemo et al. 2022 viste at ¾ av barn på institusjon hadde psykiske plager.

Å underdrive størrelsen på problemet både mht. antall barn og grad av alvorlighet tenker vi vil være en stor feil. Det vil signalisere at samfunnet og myndighetene ikke bryr seg om disse barna, at de er forbruksmateriell for samfunnet; *broken goods* - kassable.

Mange opplever at offentlig forvaltning sender nettopp dette budskapet, ikke minst de mange som opplever noe lignende denne situasjonen; barnet deres blir mobbet på skolen eller har tilretteleggingsbehov som ikke blir møtt, skolen blir orientert, de fortar seg ingenting, problemet eskaleres, foreldrene meldes til barnevernet og barnet blir omsorgsovertatt med tvang.

Sammenhengen mellom dårlige erfaringer med offentlig forvaltning og radikaliserings, kriminalitet og destruktiv atferd er lite studert så langt vi har sett. For å forklare radikaliserings har man fokusert på ekkokamre og fremmedkulturell bakgrunn. Til en viss grad har utenforskap blitt adressert, men man har ikke trukket inn offentlig forvaltning – skole, barnevern, politi, NAV, helse m.fl. – i dette bildet og sett på deres betydning som *bærere av budskap om enkeltmenneskers verdiløshet*. Det budskapet som gjennomfører den offentlige diskurs om dette temaet, er at det er foreldrenes skyld, men foreldre kan ikke få ansvar for kommunestyrets manglende finansiering av skolen, manglende ledelsesferdigheter hos rektor, feil sakshåndtering og manglende kompetanse hos barnevernet, feil lovforståelse hos NAV eller negative holdninger hos politiet. Vi hadde blitt glade hvis vi så at den offentlige forvaltningen begynte å snu fokuset innover mot seg selv og stilte spørsmål om hvilken rolle de kunne ha i den samfunnsutviklingen som veldig mange finner bekymringsfull.

Må kun helsetjenesten forpliktes tydeligere?

Utvalget mener at helsetjenesten må forpliktes tydeligere til å bistå på en måte som er tilpasset både barnas og institusjonenes behov. Vi mener utvalget må ta ett skritt bakover og forlange at barnevernet også må forpliktes tydeligere på å gjøre korrekte undersøkelser av familien og beskrive barna på en gjenkjennelig og riktig måte – riktig hjelp starter med et korrekt faktagrunnlag.

Helsearbeidere må ikke bli satt til å handle uetisk. Den som har relevant faglig bakgrunn må også være den som har beslutningsmyndighet over de tiltak barnet skal få.

Utvalget har valgt å rette særlig oppmerksomhet mot hvordan barna kan få bedre hjelp for sine psykiske plager, et valg vi støtter. Vi mener samtidig at myndighetene bør rette langt større oppmerksomhet enn nå, mot å avdekke hvor og hvorfor skadene faktisk oppstår, slik at de kan forhindres.

10.2.3 Hvordan bør hjelpen gis?

Utvalget påpeker at det er viktig å skille mellom normale reaksjoner på ekstreme belastninger og når et barn er i ferd med å utvikle en alvorlig tilstand.

Dette forholdet har vært altfor lite påaktet og forstått i barnevernssammenheng. Vi vil tilføye at det er viktig at helsepersonellet beholder en god porsjon ydmykhet i møte med sine klienter, og hele tiden er seg bevisst muligheten for at de har feiltolket, ikke fått fram riktig informasjon og dermed feilvurdert og feilbehandlet. Faglig arroganse og bedrevitenhet er utbredt i møtene med barnevernsbarna. Når så evalueringen av tiltaket baseres på egenrapportering fra helsepersonellens side blir dette en selvforsterkende sirkel uten mulighet for nødvendig korreksjon.

Utvalget er også oppmerksom på at de ansatte på institusjonen og de andre barna som bor der virker inn på hvordan barnet har det. Vi vil minne om at ingen må tillate seg å tro at en institusjon kan bli en stabil omsorgsbasis for et barn – det vil alltid være utskiftninger i medboere, ansatte og utenforliggende faktorer som gjør institusjonen til et midlertidig oppholdssted, selv om det blir langvarig. En familiesituasjon har en helt annen stabilitet i seg, på godt og vondt – man kommer ikke unna slektskapet til dysfunksjonelle foreldre heller, selv om man gjerne ville. Dersom familien kan hjelpes til å gi barnet en god nok oppvekstbase er det uten tvil «barnets beste». Ofte undres vi over om det er holdninger, misunnelse, fremmedfrykt, behaviorisme eller hva, som gjør at vi i stedet for å bruke 20 000 på tiltak i en familie bruker 170 000 på en institusjonsplass. Hvis foreldre kunne hjelpes til å bli gode foreldre ville det være det beste for barnet, men da må hjelpen være individtilpasset og ikke kurs som verken er validerte eller tilpasset.

Ett sted snubler utvalget: Å tro at personvern kan ivaretas på en institusjon hvor barnet nekter utveksling av informasjon ved å drøfte saken «anonymt», er i stor grad illusorisk. Slik anonymitet kan ikke oppnås ved konferanse med helsepersonell som har kjennskap til institusjonen, og andre vil sjelden være i posisjon til å kunne veilede på en god nok måte. Er saken veldig spesiell kan det hende fagmiljøet over hele landet kjenner til den. Av den grunn bør kompetansen finnes «på huset», internt i institusjonen.

10.3.1 Etablering av to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner

Her heter det om inntakskriteriene til omsorgs- og behandlingsinstitusjonene at «Dette gjør at barna med de aller mest komplekse hjelpebehovene, som ikke innser sitt eget behov for hjelp, ikke kvalifiserer for tilbudet».

Det at barn ikke «innser sitt eget behov for hjelp» er etter vår mening en feiltolkning av situasjonen, hjelpebehovet og barnet. Vi henviser til Kierkegaard om å *«først og fremmest (maa) passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der»*. Alle tar imot hjelp for det de har utfordringer med, dersom rett hjelp gis på rett måte av folk de stoler på, føler at tar dem på alvor og respekterer dem. Her må personalet få god opplæring i hjelperollen, gode holdninger til barna, og det bør avklares hvor stor

avstand det er mellom barnevernets fremstilling av forholdene i hjemmet, og de faktiske forhold slik at barnets historikk blir korrekt beskrevet og fremstilt som vurderingsgrunnlag for både skader og hjelp.

10.4 Utvalgets problemforståelse – ulike behandlingspiloter

I faktabokser presenteres to eksempler på ambulante behandlings- eller samhandlingsteam. Vi har ikke hatt direkte kontakt med brukere som har vært i kontakt med FACT Ung, men beskrivelsen gir et godt inntrykk.

Når det gjelder Stillasbyggerne har vi kontakt med flere som har direkte erfaring, både barn og foreldre. Vi ber departementet merke seg det vi tidligere har skrevet om faglig arroganse og bedrevitenhet, og om iboende svakheter ved egenevalueringer, inkludert *evalueringer gjort av eksterne på bestilling av enheten som skal evalueres*. Også her er det en utfordring at det finnes få – om noen – objektive kvalitetsindikatorer for denne type arbeid. Stillasbyggerne er avhengige av å fremstå som suksessfylte hvis de skal få videre finansiering. Uten å gå nærmere inn på detaljer og årsaksfaktorer er vår klare anbefaling at denne organisasjons- og arbeidsformen ikke videreføres. Som utvalget har anført flere steder: Enhver hjelp til barn MÅ bygge på korrekte fremstillinger av faktiske forhold, og det er et minstekrav at lovverk følges.

10.5.1 Hvordan gi god hjelp til barn som bor i barnevernsinstitusjon?

Barnevernsnettverket støtter utsagnene om å ta hensyn til barnets kontekst, at barnet skal være deltagende, felles faglig tilnærming og at hjelpen må tilpasses barnas tempo og behov. Vi støtter at helsetjenestebegrepet skal defineres vidt slik ungdomsutvalget ber om i kap. 10.5.1.3. Det vil kreve mye av de som jobber på institusjonen, at kommunikasjonen mellom dem er åpen og god og at det blir flyt i fordeling av arbeidsoppgaver og ikke kamp om status og profesjongrensener.

Vi er uenige i en ting: Institusjonsansatte verken kan eller bør betegnes som foreldrenes stedfortredere. Foreldrenes status hos barna er unik og kan ikke erstattes av noen. Familiebåndene følger barnet hele livet, enten de er gode eller vonde, og det å berøre disse kan vekke sinne, savn, sorg, traumer og mange andre følelser. Et godt begrep som gjerne kan brukes er «foresatt».

Dersom det opprettes ansvarsgruppe rundt barnet må foreldrene implementeres i denne med mindre barnet er flyttet etter eget ønske på grunn av straffbare forhold som direkte har gått ut over barnet (altså ikke vinningskriminalitet el.l.) I alle andre tilfeller må foreldre involveres. Dette må barnevern og andre som er i kontakt med barnet hensynta gjennom hele saksgangen og forløpet: «Snakk ikke dritt om foreldrene våre!» (Forandringfabrikken)

Kap. 10.5.1.6 er særdeles viktig: Se og kartlegg styrker, ressurser og interesser like grundig som problemer og utfordringer. Tidligere er det nevnt at barn på institusjon ikke har foreldre som står på for dem når det gjelder å skaffe helsehjelp: Foresatte på institusjon må bli minst like sterke forkjempere for de barna de har ansvar for, som den beste og mest dedikerte forelder.

Barnevernsbarn må prioriteres

Vi støtter utvalgets forslag om at helsetjenesten må få pålegg om å prioritere barn på institusjon, men med en litt annerledes rigging av institusjonen tror vi det vil bli lettere for helsetjenesten.

Samhandling mellom barnevern og helsetjeneste

Flere steder i rapporten, bl.a. i kap. 9.2.2, adresseres samarbeidsproblemene mellom helse og barnevern. Vi tror en av faktorene som negativt påvirker dette samarbeidet, og som hittil ikke har vært

løftet frem fordi ingen av de profesjonelle partene har klart å identifisere den, er den reelle kompetanseforskjellen i utdanningene. Siden leger og andre helsearbeidere jo er vant med at nivået på sykepleiere, fysioterapeuter m.fl. definerer det faglige nivået på en bachelorgradsutdanning, er det vanskelig for dem å forstå hvor svak barnevernspedagogutdanningen, som jo også er en bachelorgrad, er på faktisk innhold. Noe av det som gjør dette vanskelig er at barnevernspedagogene utstyres med en mengde fagtermer som de lærer å turnere på en tilsynelatende grei måte, og de plukker raskt opp fagtermer som deres samarbeidspartnere anvender, men de mangler ethvert grunnlag for å anvende disse begrepene til faglig funderte vurderinger. I tillegg kommer mangelen på helt grunnleggende fagemner, en meget svakt utviklet fagetikk, et sett med holdninger som helsearbeidere blir sjokkert over, en maktretorikk og en sterkt overdrevet faglig selvtillit.

Kap. 11. Spesialisert rusbehandling til barn

Utvalget gir igjen gode beskrivelser av feltet, men vi vil utfylle med noen detaljer. Der utvalget påpeker at «Et barn som blir tatt ut av hjemmet er i en svært vanskelig situasjon.», må man også legge til at barnet faktisk er blitt påført omfattende skader dersom flyttingen har blitt utført med tvang mot barnet og ikke etter ønske. Man har derfor ikke å gjøre med en frisk ungdom i en vanskelig situasjon, men en *skadd* ungdom i en svært vanskelig situasjon.

Offentlig forvaltnings eksternalisering og projisering av problemer

Utvalget skriver: «Faktorer som kan øke sannsynligheten for rusproblemer, kan være forhold i familien som vold og mishandling, psykisk sykdom eller rusproblemer i hjemmet. Miljømessige faktorer kan også spille en rolle, som hvor tilgjengelig rusmidler er i nærmiljøet, blant venner og på skolen.» Man unnlater å nevne overgrep, mobbing etc. som foregår på skole og fritidsarenaer, fra voksne eller andre ungdommer. Det er beklagelig at utvalget her viderefører den ansvarsfraskrivelsen som gjennomsyrrer mange offentlige enheter, hvor feil og mangler eksternaliseres og tilskrives faktorer som de selv ikke er herre over og som er utenfor dem selv, eksempelvis foreldre.

Vi støtter ungdomsutvalgets utsagn under kap. 11.2.1 – det ligger noe bak rusmiddelbruken til barnevernsbruk, annet enn utforskning og opplevelser. At tvungen behandling kan oppleves som straff kan vi godt se, men vi mener det likevel må settes klare grenser for rusmiddelbruk på barnevernsinstitusjoner.

11.3.3 Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Her oppgis det at rusbehandling på institusjon for voksne innebærer bruk av kognitiv atferdsteori, men det lenger ned står at rusinstitusjoner har en traumesensitiv tilnærming. Normalt er dette diametrale motsetninger som ikke kan eksistere side om side, og vi lurer derfor på hvor feilen ligger eller hvordan dette kan foregå?

11.4 Utvalgets problemforståelse

Selv om utvalget har opparbeidet seg god forståelse for både hvorfor barn ruser seg og de omfattende svakhetene i behandlingstilbudet, ser de ut til å gjøre en alvorlig feil i sin problemanalyse: De årsaksforklarer rusproblemene med barnets egne svakheter, i stedet for å også se om det er miljøet og forhold rundt barnet som i seg selv er årsaken. Det er godt dokumentert at barn utvikler rusproblemer på institusjon, og man må derfor se om ikke det i det enkelte tilfellet er institusjonen som er problemet, og at det ikke ligger hos barnet i det hele tatt.

Utvalget signaliserer en «vanlig sosial aksept» av rus slik samfunnet vårt gjør: «Også i fremtiden vil det bo barn på barnevernsinstitusjoner som ruser seg, uten at problemene er så omfattende at de må henvises til spesialisthelsetjenesten.»

Her er vi av en annen formening: Når det gjelder barn på institusjon er de i en så spesiell situasjon at andre regler må gjelde der, sammenlignet med resten av samfunnet. Vi ønsker, og vi tror samfunnet forventer, nulltoleranse for rus på barnevernsinstitusjoner og en reell praktisering av denne nulltoleransen:

- Enhver forekomst av rusmiddelbruk av institusjonsboere utløser en reaksjon, hvor årsaken tillegges institusjonen og ikke barnet, men hvor barnet får hjelp straks
- Personalet på institusjoner skoles i å avdekke enhver form for rus
- Barnet flyttes umiddelbart (både av hensyn til barnet selv og dets medbeboere) til en særskilt avrusingsinstitusjon (avdeling) hvor barnet avruses og stabiliseres, og rusbruken kartlegges: E-gangstille eller gjentakende, skadelig bruk, avhengighet, arvelig disposisjon for utvikling av avhengighet, m.m. samt utløsende faktorer.
- Alt faglig ansvar for rusbehandling av barn legges til spesialisthelsetjenesten. Ved at institusjoner og ansvar overføres fra barnevern til helse, kompenseres helse med ressurser fra barnevernets budsjett. Helsetjenestens rusbehandlingsapparat tilføres kompetanse på behandling av rus hos barn
- Institusjonen som barnet bodde på da det brukte rus, rapporteres inn til et sentralt register som gjøres offentlig tilgjengelig
- Saken behandles som et alvorlig avvik hos institusjonen og utløser kartlegging og nødvendige tiltak for å hindre gjentakelser
- Dersom årsaksforhold er avdekket med stor grad av sikkerhet, tiltak er innført og oppfølging av institusjonen planlagt og avtalt, kan barnet tilbakeføres institusjonen dersom det ønsker det og evt. nødvendige behandlingsmuligheter foreligger. Ved at vurderingen foregår mens barnet er på en rusinstitusjon snus vurderingen på hodet i forhold til i dag og blir til «kan barnet klare seg uten behandling», framfor «må vi behandle dette barnet?» Kostnadene ved behandling tillegges ikke rusinstitusjonen – de må ikke ha noe incitament for å la være å vurdere barnet som behandlingstrengende
- Barn med rusproblematikk kan, etter avrusing og stabilisering, behandles i egne døgninstitusjoner, på ruspoliklinikk eller i vanlig barnevernsinstitusjon med støtte fra kompetent personale, alt etter problemets art
- Henvisning til psykisk helsehjelp vurderes separat i hvert enkelt tilfelle. Ved parallelle behandlingssløp må det sikres god kommunikasjon mellom begge enheter, barnet selv, foreldre og institusjonspersonalet. Behandling for psykiske helseproblemer og rus er to helt ulike forhold og må behandles deretter, selv om de har stor gjensidig påvirkning. PHBU gjøres ikke ansvarlig for rusbehandling av barn og trenger derfor ikke tilføres behandlingskompetanse, kun avdekkingskompetanse
- Behandlingen av barnet følger prinsippene for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB), evt. med veiledning av personalet på den utløsende institusjonen fra et TSB-team. Ikke noe sted i behandlingsforløpet må LBR eller andre atferdsterapeutiske metoder forekomme
- Dersom kartleggingen avdekker miljøfaktorer rundt institusjonen som årsak til rusforekomsten, kobles kommunen inn for å se om institusjonen kan fortsette sin drift på stedet, hvilke

tiltak som da kan settes inn for å sikre videre drift eller om institusjonen må flyttes. Kostnadene ved flytting tillegges kommunen for å motivere denne til å sette ulike løsningsforslag opp mot hverandre på like vilkår, og for å gi kommunen et tydelig incitament til å planlegge lokalisering av barnevernsinstitusjoner med stor omhu.

Dersom kartleggingen avdekker årsaksforhold på barnets skole, meldes dette som et avvik ved skolen som utløser tilgang på kompetanse og ressurser til skolen. Disse ressursene skal også tas over kommunens budsjett for å motivere kommunen til å følge opp sine skoler på en ordentlig måte, og gis derfor prioritet foran andre lovkrav. Mobbeproblematikk og andre miljøproblemer tillegges skolen og ikke barna eller foreldrene. Skolen må ikke ansees kompetent til å løse problemene selv. I mange tilfeller er skolene satt i en umulig situasjon hvor oppgaver og ressurser ikke står i forhold til hverandre. Dårlig ledelse må vurderes som mulig årsak til både svak ressursutnyttelse og til dårlig arbeidsmiljø for ansatte og elever, men det er kommunen som har ansatt rektoren som må bære ansvaret og avviket, og som må få veiledning og hjelp

- Det bør vurderes om det skal innføres regler om at barn med rusproblematikk i og utenfor institusjon skal utløse kartlegging av problematisk rusbruk i hjemmet og utløse tilbud om prioritert hjelp også til foreldre ved behov
- Barn som kommer inn i hjelpeapparatet via rusproblematikk flyttes ikke til en omsorgsinstitusjon før rusproblemet ansees ferdigbehandlet. Videre oppfølging skjer fra rusinstitusjonens side.
- Det gjøres samfunnsøkonomiske analyser av tiltaket, hvor korrekte data for nåværende rusbruk på institusjoner legges til grunn. Det innebærer omfattende testing av både beboere og ansatte
- Det innføres rutiner for uvarslet rustesting av alle ansatte på barnevernsinstitusjoner
- Vi støtter utvalgets forslag om å vurdere å utvide dagens øvre begrensningen på tre måneders tilbakehold uten samtykke, til seks måneder for barn under 18 år

Det faglige og organisatoriske ansvaret for barns rusbehandling legges til spesialisthelsetjenesten slik utvalget foreslår, inkludert driften av egne rusinstitusjoner med døgnplasser. Omsorgsinstitusjoner som registreres med avvik gjentatte ganger underlegges nærmere undersøkelser og evt. sanksjoner dersom institusjonen kan ansvarliggjøres for forholdet.

11.5.2 Spesialisthelsetjenesten må ta ansvar for barna med de største problemene

Her har utvalget spent buen for høyt etter vår vurdering: Man kan ikke forvente at ansatte i barnevernsinstitusjoner skal kunne hjelpe barn med å redusere og kontrollere sitt rusmiddelbruk og beskytte andre barn mot å bli eksponert for skadelig påvirkning, gitt utvalgets redegjørelse for ansattes manglende kompetanse om emnet kombinert med sosialfagsutdannedes svake grunnutdannelse.

Kravet om ro er rimelig og relevant, men man kan ikke betrakte rusbehandling som «uro» i barnets omsorgsbasis - et tomåneders opphold på sykehus karakteriseres heller ikke som «opløsning av hjemmet» for hjemmeboende barn.

Kap. 11.5.6, Ruskompetansen må økes og hjelpetjenestene må være fleksible, faller bort og alle forslag som følger av det.

Kap. 12 Bedre hjelp til flere i egen kommune

Utvalget ser at det er risiko forbundet med å åpne for bruk av kommunale botiltak som et alternativ til institusjon og fosterhjem. Denne bekymringen støttes fullt og helt. Vi ser at de tiltakene som er presentert jevnt over har fått gode karakteristikk, men vi minner om at evalueringene av ulike årsaker kan ha blitt forskjøvnet med ulike midler og av ulike årsaker, og enhetene er antagelig startet av personer som har en ekstra dedikasjon til denne gruppen barn. Det gjør en generalisering av tilbudet utfordrende.

Det faktum at et omsorgstiltak for barn ikke innehar objektive og målbare kriterier for kvalitet ut over scoring av «suksessfaktorer» og livskvalitet lang tid etter oppholdet, gjør det ekstra risikabelt å gi «frislipp» til etablering av slike tilbud til økonomisk pressede kommuner.

Dersom prosessen ikke kan stanses, mener vi det må settes strenge kriterier som kan demme opp for de utslagene og konsekvensene vi ikke ønsker. Blant annet kan man kreve at tilbudet kun gis som ettervernstiltak, eller at nedre grense for beboere settes til 16 år, ingen rusproblematikk og ingen psykiske helseplager. I tillegg bør det kreves at tilbudet er frivillig både fra barnets side og fra foreldrenes side. Det er en viktig kvalitetssikring, særlig mot økonomisk motivert misbruk fra kommunens side. Dersom barnet ikke får et kvalitativt godt nok tilbud i botiltaket bør døra stå åpen til frivillig opphold i relevant barnevernstiltak som jo er mye dyrere, slik at kommunen har et klart økonomisk insentiv til å opprettholde god kvalitet på sitt tilbud, og hvor foreldrene blir en «sikringsmekanisme» mot at barnet gis for lange tøyler for å holde det fornøyd på gale premisser.

Det bør også stilles krav om plan som kan sanksjoneres ved avvik, med hvilken oppfølging og opplæring barnet skal motta, for eksempel om barnet skal få kjøreopplæring og førerkort, økonomisk veiledning, dekning av aktiviteter og fritidstilbud, hjelp til å skaffe sommerjobb, helgejobb eller annen jobbtrening, osv.

Vi mener kommunale botiltak, dersom de skal forekomme, primært bør være organisert under helse-tjenesten som et helsesrelatert tiltak for barn som har pleie- eller behandlingsutfordringer som går ut over det man kan forvente av vanlige foreldre, eller hvor foreldrene selv har funksjonsnedsettelse som går ut over omsorgskapasiteten, og hvor botiltaket har nødvendig helsesrelatert oppfølging fra aktuell helsetjeneste.

Utvalget mener at formålet med kommunale botiltak bør være å gi forsvarlig omsorg og oppfølging til barn uten behov for forsterket utviklingsstøtte. Vi vil minne om at samtlige barn som ikke kan eller vil bo hjemme, med stor sannsynlighet er skadet av årsaken til at de ikke kan bo hjemme, og dermed har behov for god utviklingsstøtte.

Når det gjelder kompetanse blant ansatte er vi uenige i at barnevernspedagog, vernepleier og sosionom er særlig relevante. Ingen av disse er omsorgsyrker. Barnevernspedagog mangler helt og holdent kompetanse på hva som er normal utvikling hos et barn. Sosionomutdanningen hadde tidligere emner som ga kompetanse på normal utvikling hos ungdom, men de emnene er nå tatt ut.

Vernepleierutdanningen er særlig uegnet siden den kun gir opplæring innenfor rammene av behavioristisk basert, atferdsterapeutisk tilnærming. I tillegg kommer det faktum at et stort flertall av de som i dag velger barnevernspedagogstudiet, selv har en oppvekst uten gode nok foreldre. De har altså ikke selv erfart hvordan en normal familiesituasjon er og hvordan tryggheten mellom gode foreldre

og deres barn kjennes ut, og kan derfor ikke bygge på denne erfaringen når de skal støtte, utfordre, hjelpe og veilede ungdommer i en viktig utviklingsfase.

En barne- og ungdomsarbeider har langt bedre kompetanse på normalutvikling hos barn enn en bachelor i barnevern, og kan dermed bedre vurdere hva som er « greit » og « ikke greit » for en ungdom. Barnehagepedagoger er i dag de som har best kompetanse på normalutvikling hos mindre barn, men de mangler ungdomstrinnet. Fagarbeidere i helse- og omsorgsfag, sykepleiere, lærere og tilsvarende vil være bedre utdannet til slike omsorgsoppgaver enn sosialarbeidere. Mangfoldskompetanse er en ettårig videreutdanning som i noen tilfelles bør kreves av de ansatte, men studiet kan i seg selv ikke regnes som kvalifiserende for jobb i kommunale botiltak.

Kap. 13 Vilkår for opphold i barnevernsinstitusjon

Utvalgets forslag og refleksjoner støttes, med noen få merknader:

Begrepet « hjelp » bør i samsvar med Kierkegaard utelukkende brukes på frivillige tiltak. Dette vil klargjøre intensjonen både overfor barna, foreldrene og også tjenesten selv, og være en viktig markør for hva som er formålet og premissene for tiltaket: Hjelp kan simpelthen ikke gis dersom den ikke er frivillig, og det er den som hjelpes som definerer om hjelpen har hjulpet.

Vi oppfatter at barnevernsbarna selv ønsker atferdsbegrepet fjernet fordi det hos allmennheten attribuerer årsaken hos barnet selv. Vi mener derfor at uttrykk som angir atferd som et fysisk eller psykisk smerteuttrykk og signal om manglende behovsdekning, er akseptable også for barna, og at det er dette det bør legges vekt på – man kan fort havne i den situasjonen at man bytter ut atferdsbegrepet men beholder attribueringen til barnet, og da er man like langt. Man bør samtidig merke seg at det er *barnevernsinstitusjonen* som er stigmatiserende, ikke atferden. Dette rammer alle barn på institusjon, mens her er det bare de « atferdsplasserte » som får sine interesser ivaretatt. Vi lurer på om utvalget har noen forslag til tiltak for å unngå den stigmatisering som uttrykkene « barnevernsbarn » og « barnevernsinstitusjon » utløser?

Tiltak utført med tvang kan etter vår mening aldri rettferdiggjøres som « hjelp » med begrunnelsen at « barnet var ikke i stand til å forstå sitt eget beste ». Dette grepet vil i ytterste konsekvens definere alle handlinger mot barn under anslagsvis 3 år som tvangspåført med mindre det er uttrykkelig støttet av barnet. Vi tenker det er helt greit, fordi man derigjennom får aktivert et forsvarlighetskrav til handlinger også overfor de minste og andre som ikke kan gi uttrykk for samtykke i situasjonen.

Alvorlighetsbegrepets nivå eller terskelverdi bør presiseres: hvor konkret går grensen mellom « alvorlig nok » og « ikke alvorlig nok »?

Interessant nok ble denne artikkelen publisert 17.01.2024: « Mye av den utagerende atferden hos elever kommer av mangel på inkludering og tilpasset undervisning »:

https://utdanningsforskning.no/artikler/2024/mye-av-den-utagerende-atferden-hos-elever-kommer-av-mangel-pa-inkludering-og-tilpasset-undervisning/?fbclid=IwAR1s5tKJWkBj_PGiGSmeG-FyV5zeoL7grUOdtLfAa8yWEA6OI_4Gv3YkU3G4

Refleksjoner rundt tolkning av atferd og andre uttrykk, vurderinger av når det er berettiget å bruke tvang i en eller annen form, samt hvilke skadevirkningen bruk av tvang vil ha, bør gjøres med denne artikkelen som bakgrunnsteppe.

Kap. 14 Individuelle begrensninger og innskrenkninger

I dette kapitlet drøftes bruk av tvang – når kan tvang brukes, og når bør det ikke brukes?

I drøftingen sammenlignes institusjonsansattes rett og behov for å bruke tvang (herunder begrensninger), med foreldres rett og behov. Det man ikke drøfter, er om sammenligningen er rimelig. Vi mener at den ikke er det. De som ikke har vokst opp i en fungerende familie har ikke dette sammenligningsgrunnlaget, men de som har gjort det, vet at det å bli irettesatt eller grensesatt av foreldre er noe helt annet enn å bli irettesatt eller grensesatt av andre. Dette er ett av de stedene der tilknytningen mellom barnet og forelderen får nesten fysisk følbare konsekvenser. Irettesettelser og begrensninger som gjøres mot et bakteppe av ufravikelig biologisk tilknytning oppleves og tolkes på en helt annen måte enn samme fra «utenforstående» - uansett hva slags forhold man har til dem. Man kan derfor ikke bruke foreldrerollen som utgangspunkt for sammenligningen. Man må ta utgangspunkt i at begrensningen gjøres av en som aldri kan tre inn i foreldrenes sted fordi foreldre med naturnødvendighet er uerstattelige.

Begrensninger gjort av skadelige foreldre har individuelle karakteristika avhengig av type skade og mange andre faktorer.

Det som er avgjørende for vurderingen av tvangsbruk, er hvorvidt irettesettelsen eller tvangen påfører barnet skade, enten fysisk, psykisk eller (og i særlig grad) emosjonelt. Begrepet «medlæring» kan være nyttig å hente inn her – hva lærte barnet for noe mer da xxx skjedde? Lærte det også at det selv ikke har noen egenverdi? – er et tenkt eksempel. Grensesetting gjort av foreldre kan oppleves som et kjærlighetsuttrykk, mens samme grensesetting gjort av andre kan oppleves som et stort overgrep som gir langvarig emosjonell smerte.

Vi har utfordringer med å rettferdiggjøre bruk av tvang i en omsorgssituasjon, så dersom hensikten med plasseringen er omsorg, er tvang både uhensiktsmessig og, dersom omsorg faktisk utøves, unødvendig.

Det kan diskuteres om (behov for) bruk av tvang kan brukes som markør for dårlig fungerende institusjoner og som en funksjonssvikt i tjenesten.

14.2 Det menneskerettslige vernet mot frihetsbegrensninger og frihetsberøvelse

I dette underkapitlet anfører utvalget at «Barnevernet har ikke noe egeninteresse i barnevernssaker, der det gripes inn overfor barnet selv.» og videre: «Der det skjer inngrep overfor barnet selv, utgjør hensynet til barnets vernede verdier den ene siden i avveilingen. Hensynet til barnets behov for beskyttelse og omsorg utgjør den statlige interessen (i visse tilfeller også en statlig plikt) til inngrep i den vernede verdien. Statens interesse er derfor sammenfallende med det barnevernet mener er til dette barnets beste».

Dette er en idealisert fremstilling. I det praktiske liv sees ofte at barnevernet legger egeninteresser inn i inngrepene, motivert av «produksjonskrav» fra arbeidsgiver, forventninger fra samfunnet, trender hos opinionsdannere og ren personlig egenmotivasjon. Prestisje og maktmarkeringsbehov er

årsak til langt flere varig skadde barn enn noen som ikke har sett dette på nært hold, har evne til å forestille seg.

Kap. 15 Barneverns- og helsenemndas ansvar og rolle

Vi støtter i hovedsak utvalgets kritiske bemerkninger til nemndas rolle og funksjonsmuligheter, uten å gå nærmere inn på detaljer.

Barnevernsnettverkets syn på Barneverns- og helsenemnda er at den bør legges ned og tingretten etableres som første rettsinstans. Nemnda kamuflerer barnevernets faktiske rolle i barnevernssakene uten at den tilfører rettsikkerhet til barnet, hvilket var begrunnelsen for å etablere denne domstolslignende forvaltningsenheten. Den fyller altså ikke sitt formål, og ressursene bør derfor brukes på en bedre måte for barna.

Kap. 16 Institusjonstilbudets formål

Vi støtter utvalgets forslag til formål, særlig punktene om normalitet og medvirkning som bærende prinsipper. Vi vil bare tilføye noen få bemerkninger:

Dersom beboere har venner på besøk, vil de også kunne omfattes av begrepet «oppholder seg på». Vi foreslår å heller si «bor» - det presiseres annet sted at institusjonen skal fungere og oppfattes som barnets hjem.

Hvis institusjonen ikke skal kunne gi helsefaglig behandling, kan de i ytterste konsekvens heller ikke hjelpe et barn med legeforskrevet medisiner. Uttrykket bør endres, vi foreslår «initiere» eller «stå ansvarlig for». Et alternativ er å heller presisere at ansvaret for all helsefaglig begrunnet (eller relatert) behandling (-behandlingsbegrepet brukes vidt i dagligtale), ligger hos helsetjenesten.

Kap. 17 Innretningen av institusjonstilbudet

Vi støtter utvalgets betraktninger rundt dagens målgruppeinndeling og dens begrensninger, og også at fremveksten av enetiltak/alenetiltak viser at det ordinære institusjonstilbudet ikke er godt nok tilpasset barnas behov.

Utvalget har gjort seg mange gode tanker om nye institusjonsutførelser. I tillegg til tunmodellen kan også en rekkehusmodell være aktuell, og vi tror at langt flere enheter enn 2-4 kan organiseres innenfor samme institusjon. Derimot tror vi det kan være klokt å ha litt fysisk avstand til akutt- og utredningsenheten dersom den ligger fysisk lokalisert i samme område som de andre avdelingene. Vi ser det som viktig at en utredningsenhet er lokalisert nær faglige ressurser, for eksempel et universitetssykehus, hvor topp fagkompetanse er lett tilgjengelig.

Når det gjelder bemanning, tenker vi at det på de «tyngste» avdelingene bør være solide fagressurser ansatt som er tilstede i miljøet hele tiden mens barna er «hjemme», og som kan observere barna i ulike situasjoner og selv bygge relasjoner til dem. Disse fagpersonene kan samtidig brukes som veiledere til personale på «lettere» avdelinger, og fungere som et solid «stronghold» for samarbeid med

spesialisthelsetjenesten. På hver avdeling og rundt barna til daglig bør det også være erfaringskonsulenter; personer som har egne erfaringer som de har kommet greit ut av, men som kan bruke erfaringene sine til å bygge relasjoner til barna, tolke deres uttrykk og forstå dem når ingen andre gjør det. Personlig egnethet må vektlegges sterkt – en utdanning som barnevernspedagog gir ikke automatisk kvalifikasjon til å jobbe på denne type institusjoner, heller ikke om de har mastergrad. Derimot kan en spesialisering i praktisk sosialt arbeid være en god ressurs.

Når det gjelder tilsyn anbefaler vi sterkt å ta en prat med flere barn som har bodd på institusjoner og hensyntar deres ulike erfaringer i utformingen av tilsynet. Vårt inntrykk er også at tilsyn slik det gjøres i dag ikke gir et representativt bilde av institusjonenes daglige drift. Det kan også være viktig å se om det er forhold *barna* ønsker å unndra tilsyn, og hvordan det eventuelt gjøres.

Kap. 18 Innholdet i institusjonstilbudet

Vi støtter ungdomsutvalgets syn på hva som kjennetegner en god institusjon.

Utvalget utsagn om at den grunnleggende utfordringen er at vi vet for lite om hva som virker og er god praksis for barn på barnevernsinstitusjon, støttes. Derimot tror vi utvalget har vært litt for optimistisk når de sier at kvaliteten i norske barnevernsinstitusjoner blir stadig bedre – det utsagnet mener vi at vi kan følge bakover i tid så lenge barnevernet har eksistert.

Vi støtter utvalgets fem dimensjoner for faglige prinsipper, men vil tilføye at et eller annet sted må det sikres at fremstillingen av barnets bakgrunn både er korrekt, i betydningen «samsvarer med de faktiske forhold», og oppdatert.

Vi er usikre på om Bufdir vil klare å fylle den rollen de er tiltenkt her. Et alternativ kan være å legge ned Bufdir og overføre oppgavene til andre instanser.

Kap. 19 Skole og opplæring for barn på institusjon

At utvalget legger betydelig vekt på å sikre barnets skolegang og utdanning, er viktig og riktig. Dette har vært et forsømt område til nå, etter det vi har sett. For mange barn har dette gitt et sterkt signal om verdiløshet sett fra samfunnets side.

Vi støtter utvalgets forslag uten videre kommentarer.

Kap. 20 Kompetanse og opplæring for institusjonsansatte

Vi mener de eksisterende kompetansekravene til ansatte i barnevernsinstitusjoner må redefineres når institusjonene blir endret i så stor grad. Kompetansekravene må bygge på gode og grundige vurderinger av hva som faktisk trengs, uavhengig av de nåværende sosialfaglige utdanningenes innretning. Vektlegging av mangfold og personlig egnethet støttes. I en familie har ofte barn og foreldre samme interesse, enten det skyldes arvede talenter eller sosialisering inn i samme miljø. Av den grunn bør sammensetningen av personalet muliggjøre utradisjonelle valg der det er berettiget:

Dersom en smed er rett person på rett sted (hvilket i realiteten er lite trolig, men som eksempel), så ansetter man en smed.

Vi er mindre bekymret for tilgang på kompetent arbeidskraft enn det utvalget er. Vi tror at høyt kvalifisert personale i form av erfarne psykologspesialister ansatt på institusjonen og gjennomført bruk av traumesensitiv tilnærming vil redusere skadene barna nå påføres gjennom atferdsterapeutiske prinsipper. Det vil redusere behovet for institusjonsopphold.

Kap. 21 Ansattes rammebetingelser

Vi støtter utvalgets vurdering av at det langsiktige svaret på bedre rammebetingelser for ansatte er å finne i utvalgets helhetlige forslag.

Kap. 22 Helhetlige forløp og trygge overganger

Utvalgets forslag støttes.

Del IV

Rammebetingelser som gir barna ro, hjelp og trygghet

Kap. 23: Inntaksprosess og dimensjonering

Utvalget påpeker at bistandsplikten står i motsetning til krav om høy kapasitetsutnyttelse og god ressursstyring. Med et mer fleksibelt institusjonssystem med mindre boenheter og langt færre kategorier tror vi kapasitetsutfordringene og dermed også ressursutnyttelsen blir mindre problematisk. Vi støtter utvalgets forslag om å videreføre bistandsplikten og gjøre den regional for de to vanligste institusjonstypene, og nasjonal for "omsorg og utvikling +".

Vi er også enige i at kartleggingen bør bli mye bedre.

Vi har hørt fagfolk begynne å stille spørsmålstegn ved om tvungne omsorgsovertakelser er til barnets beste. Vi støtter tanken, som i fall den ble satt ut i livet ville føre til en vesentlig reduksjon i behovet for institusjonsplasser.

Kap. 24: Kommunal egenandel for institusjonstiltak

Slik barnevernet nå er organisert, støtter vi utvalgets refleksjoner om kommunal egenandel, men at reduksjonen i nivået med fordel kan utsettes til man har fått innført en kvalitetsindikator for kvaliteten på institusjonstilbudet. Enn så lenge bør institusjonsopphold unngås så langt det er mulig.

Vi ønsker velkommen en organisering som oppfyller de momentene som utvalget nevner i dette avsnittet: "Hvis staten hadde hatt full beslutningsmyndighet, ville situasjonen vært som i for eksempel spesialisthelsetjenesten, der staten både har ansvaret for selve tiltakene og alene kan beslutte når de skal brukes." Det innebærer at man oppretter en fungerende, ny hjelpeinstans for barn, til erstatning for et etter hvert solid dokumentert dysfunksjonelt barnevern.

Vi ber om at ordlyden i avsnittet "Finansieringsordningen må innrettes slik at det legges mest mulig til rette for at barnevernsfaglige vurderinger blir styrende ved tiltaksvalg" endres til "Finansieringsordningen må innrettes slik at det legges mest mulig til rette for at barnas reelle behov blir styrende ved tiltaksvalg".

Kap. 25: Organisering av andrelinjetjenesten

Vi støtter følgende utsagn: "Utvalget mener derfor det bør gjennomføres en ekstern utredning av alternative organiseringsformer." Dette må da gjelde hele hjelpeinstansen, ikke bare Bufdir og dets funksjoner.

Utvalgets kritiske blikk på Bufdir støttes. Vi har konkrete erfaringer med at det faglige nivået på Bufdirs juridiske forståelse er lavere enn hva man burde forvente av et statlig direktorat, men støtter likevel utvalgets forslag om inntil videre å rendyrke Bufdir som fagdirektorat. Begrunnelsen er at vi mener det bør finnes et fagdirektorat på feltet, men hittil har ikke Bufdir fylt denne funksjonen så godt som man kunne ønske.

Det er en gjennomgående mangel på fungerende kontrollinstanser og -funksjoner i barnevernet, dette bør adresseres i et eget initiativ. Svakheterne ved egenkontroll bør adresseres tydeligere.

Del V

Utvalgets forslag

Utvalgets forslag nr. 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 20, 23, 24, 25, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49 og 50 støttes. Vi har lagt fram egne forslag når det gjelder håndtering av rus og for utformingen av tverrfaglig helsekartlegging. Bufdir har mistet vår tillit og forslag som omfatter direktoratet forholder vi oss avventende til. Barnevernsnemnda foreslår vi at legges ned, da vi ikke kan se at den oppfyller formålet. Kommunale botiltak uttrykker vi stor skepsis til og ber myndighetene utvise stor forsiktighet i forhold til dette tiltaket. Vi advarer på det sterkeste mot læringsbasert rusbehandling i institusjon (LBR).