



**Regionsenter for barn og  
unges psykiske helse**

Helseregion Øst og Sør

**BUFETAT REGION NORD OG RBUP ØST OG SØR**

# DBT i barnevernsinstitusjoner: Omsorgs- og endringsmodellen

**RBUP**

# Presenters

- **Håvard Johansen, MSc, Bufetat Region Nord**
  - [Havard.johansen@bufetat.no](mailto:Havard.johansen@bufetat.no)
- **Henry Schmidt, Psychologist, PhD, Bufetat Nord**
  - [Behavioral.affiliates@gmail.com](mailto:Behavioral.affiliates@gmail.com)
- **Kristin Espenes, Psychologist, PhD-candidate RBUP**
  - [Kristin.espenes@r-bup.no](mailto:Kristin.espenes@r-bup.no)

# Disposisjon

1. Bakgrunn for OEM: hva vet vi om ungdom i institusjon?
2. Hva er OEM-modellen?
3. Hva kjennetegner DBT i barnevernsinstitusjon (Residential DBT)?
4. Hvordan skal RBUP forske på OEM?
5. Spørsmålsrunde - In English.

# Bakgrunn for OEM

- Ved utgangen av 2016 var 1409 barn og unge mellom 12-22 år under omsorg ved en barnevernsinstitusjon (SSB, 2017; Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2016)
- Kartlegging av Kayed et al (2015) med selvrappport fra ungdommene viste en **prevalens av psykiske lidelser på hele 76,2% med høy komorbiditet mellom flere alvorlige tilstander.**
  - Prevalenstall: minst én depressiv lidelse 37%, minst én angstlidelse 34%.
  - ADHD 32,3%, atferdsforstyrrelse (CD) 19,1%
- Bronsard et al (2016): Metaanalyse viser **fire ganger forhøyet sannsynlighet** for psykisk lidelse blant barnevernsbarn

# Hva vet vi om disse ungdommene?

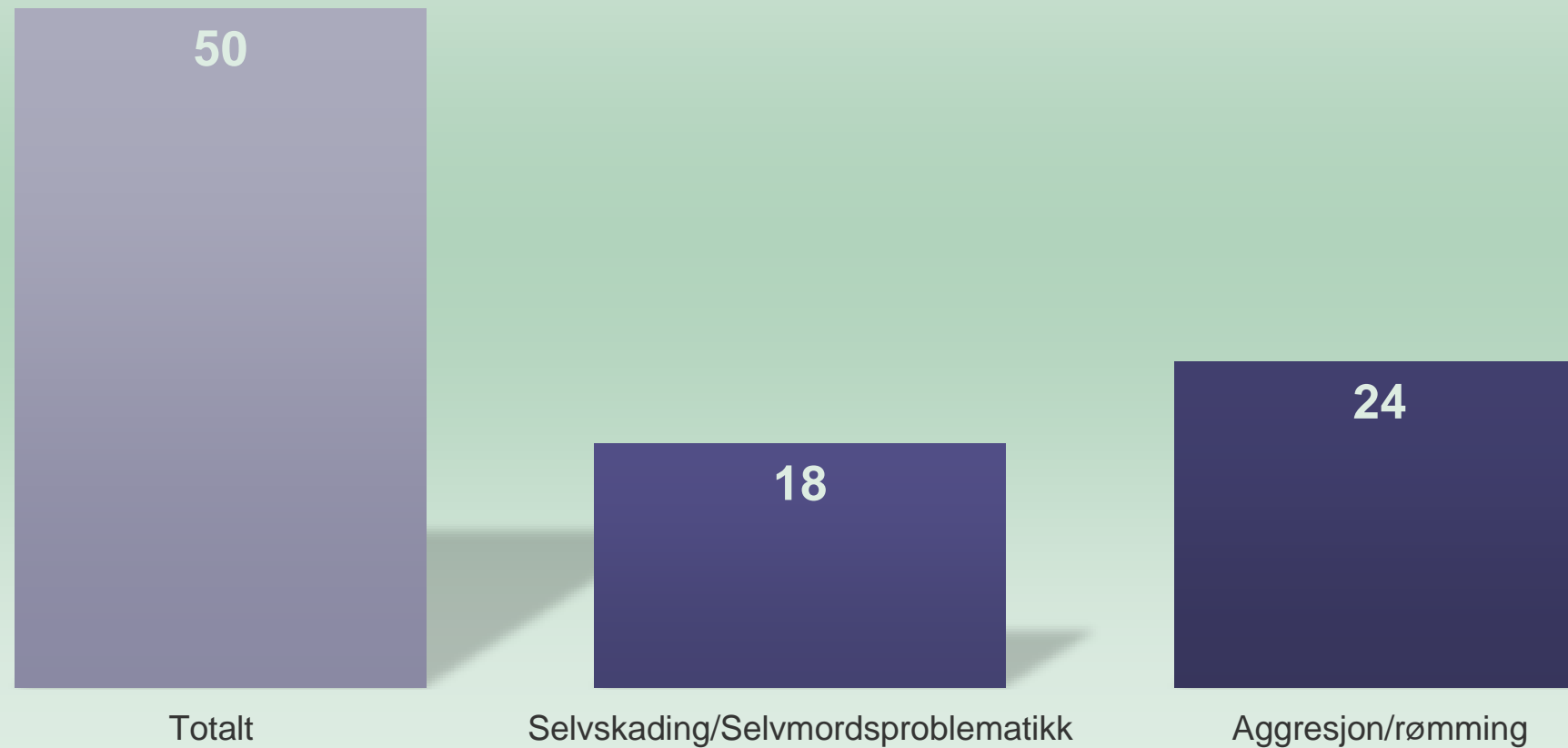
- Bufetat anslår at et vesentlig antall ungdommer har sterk emosjonell dysregulering inkludert selvskading og selvmordstanker.
  - Ingen forskning på forekomsten av suicidalitet og/eller selvskading for denne gruppen
- Barneverns klienter viser over tid svakere psykososial tilpasning og høyere dødelighet, samt en generell overrepresentasjon av voldelige dødsfall som selvmord, voldelige ulykker, rusmisbruk, eller drap (Kristofersen og Sverdrup, 2013)

# Kontakt med spesialisthelsetjenesten

- 86,5% oppgir kontakt med 2. eller 3. linje *noen gang*
- 37,8% oppgir kontakt med 2. eller 3. linje *siste 3 mnd*
  - 27,7% oppgav å ha vært innlagt ved psykiatrisk sykehus
    - Flere oppgav også innleggelse på somatisk sykehus relatert til psykiske vansker
- Disse ungdommene er gjengangere i både helsevesen og barnevern – og er utfordrende å hjelpe.

(Kayed et al, 2015)

## Oversikt over høyeste definerte målatferd ungdom i OEM Region Nord pr januar 2018



# Bakgrunn for OEM

- Behov for intervensjoner *tilpasset barnevernets mandat* som tar tilstandsbildet på alvor.

*«Barnevernets hovedoppgave er å **sikre** at barn og unge som lever under forhold som kan **skade deres helse og utvikling**, får **nødvendig hjelp og omsorg** til rett tid, og bidra til at barn og unge får **trygge oppvekstvilkår**.»*



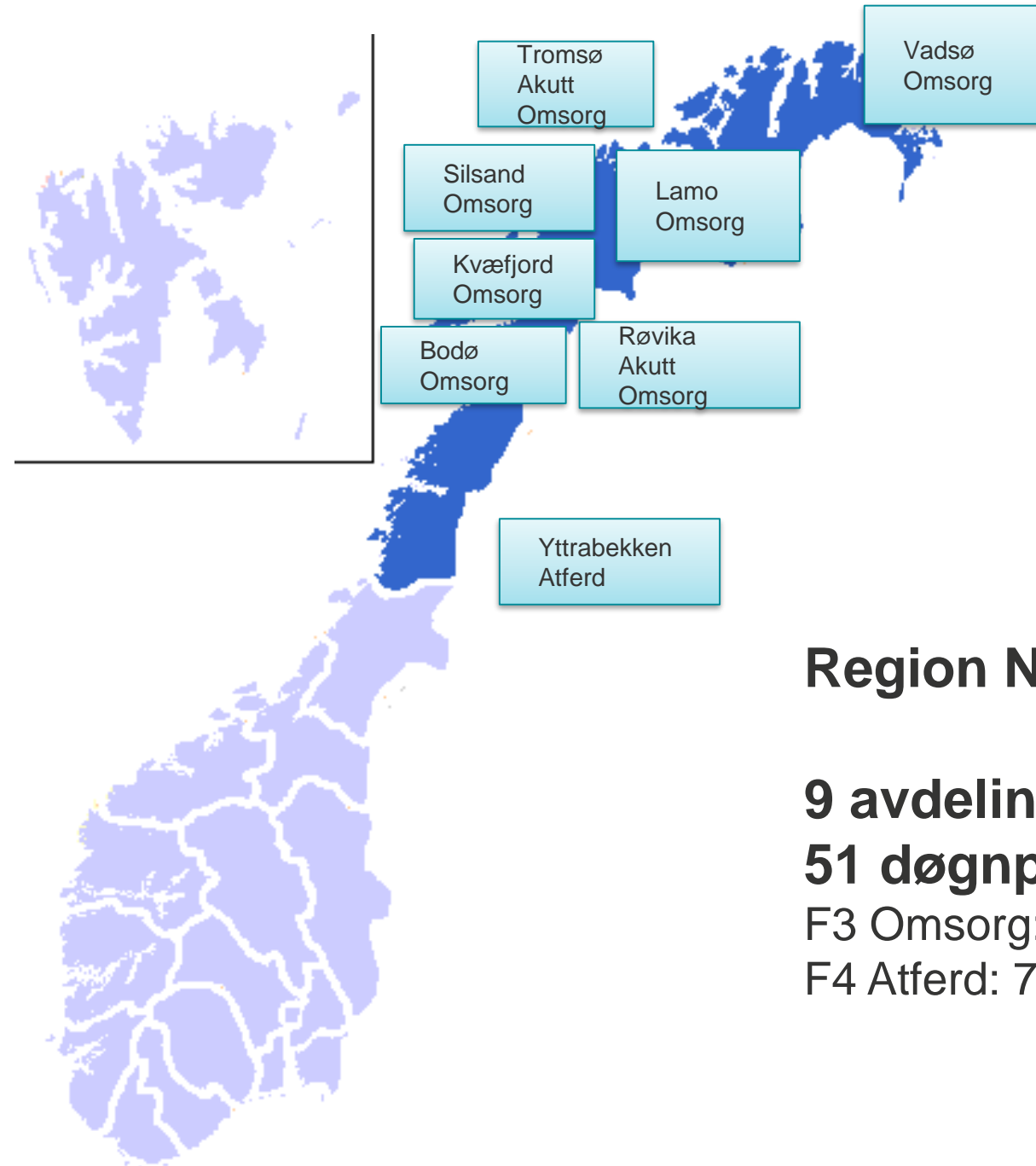
# Hva er Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)?

DBT for barnevernsinstitusjoner

# Hva er Omsorgs- og endringsmodellen?

- Internasjonalt samarbeid mellom BUFETAT Region Nord og University of Washington samt RBUP Øst og Sør.
  - Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) er samarbeidspartner i modellens videreutvikling.
- Bygger på innføring av systematisk kartlegging av ungdommer og kognitiv miljøterapi i Region Nord
  - Forebygging og ettervern i kommunalt barnevern (FIT)
  - Institusjonstilpasset DBT-behandling (ITM)

} OEM



## Region Nord

**9 avdelinger**

**51 døgnplasser totalt**

F3 Omsorg: 44 plasser

F4 Atferd: 7 plasser

# Residential DBT

Principles, Practices and Structure

# Functions of Treatment

## ENGAGEMENT

- Engage and Motivate Clients
- Engage and Motivate Staff

## SKILLS

- Acquire new skills
- Apply new skills wherever needed

## STRUCTURE

- Structure the environment for treatment success and Life Worth Living

**With Intention**

Mindfulness  
Interpersonal Effectiveness  
Emotion Regulation  
Distress Tolerance  
Middle Path

# OEM Program Structure (Modes)

## WEEKLY

- Individual Session →
  - (often multiple per week; 20-90 minutes)
- Skills Group (50 minutes) →
- Consultation Team (60 minutes) →
  - Training (60 minutes)

## FUNCTION

- ENGAGE
- Skill Acquisition/ Generalization
- ENGAGE
- Skill Acquisition
- Engage and Motivate Staff
  - Maintain skills & focus of staff

## DAILY / HOURLY

- Milieu →

- ENGAGE
- Skill Acquisition/ Generalization
- STRUCTURE

# Training for Staff

## Year 1

- Intro to DBT (4 Days)
  - Principles and Structure
  - A-B-C Model and Chain Analysis
  - Skills group structure and content
  - Milieu Management (Token Econ)
  - Plan for Extra Help
- Change Strategies (2 Days)
- Treatment Planning and Implementation (2 Days)

## Year 2

- Consultation Team (2 Days)
- Individual Sessions & Stylistic Strategies (2 Days)

1-Hour Video Consultation Weekly,  
Additional Consultation As Needed

# Fagansvarlig Role

Goal: Build local expertise in the model at each facility

- Improve speed and quality of implementation
- Create sustainability of the model – push expertise ‘to the edges’
- 1-3 people per facility
- Receive additional training and support
  - Quarterly regional training and discussion (2 days)
  - Weekly videoconference (facilities are paired up) (1 hour)
  - Monthly videoconference (all together)
- Focus on content, concepts and sharing solutions to common issues



# Residential – What’s Different?

## Standard

- Primary provider works dyadically with client, as part of a team
- Interaction once per week (with a few extra sometimes)
- Relationship with client is real, but strictly therapeutic
- “Dual relationships” among clients are limited (typically)
- Therapist interactions with team members are infrequent

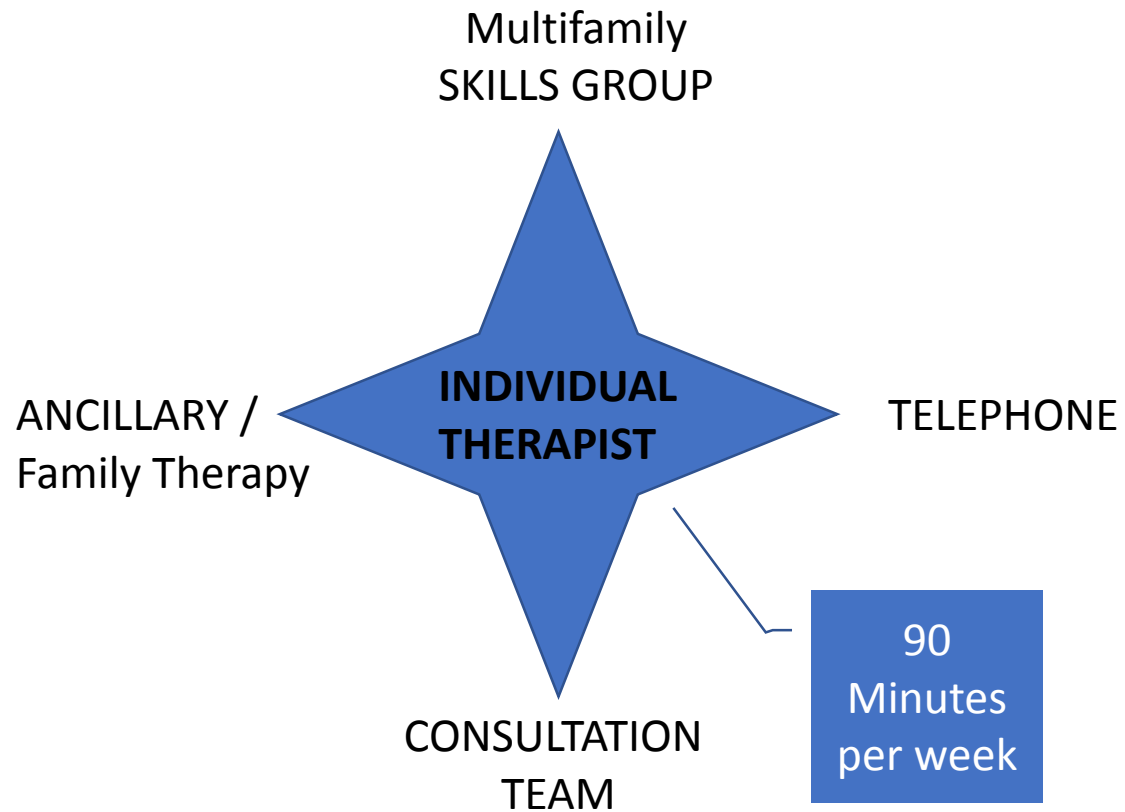
## Residential

- Living and working with clients and other providers in shifting groups, as part of a team
  - 24-7 potential for involvement
- Interactions frequently, often many times across multiple days per week
- Relationship with client is real, therapeutic and parental
- “Dual relationships” among clients are typical
- Therapist interactions with team members is constant

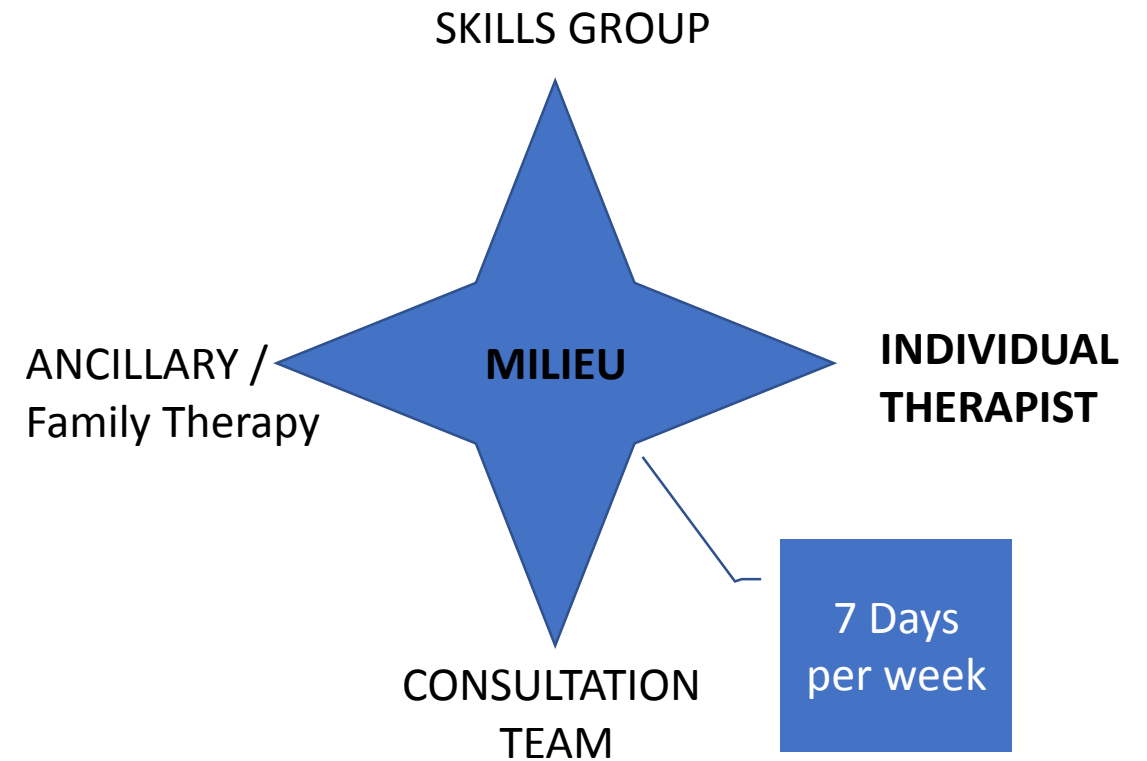
# Residential – What's Different?

Clients are Youth  
and their Families

## Standard



## Residential



# Milieu and Consultation Team

- Many team meetings in the milieu (formal and informal)
- Clarify the function and principles guiding each meeting
- Wise Mind decisions to balance
  - Function and well-being of individual team members
  - Provision of direct services to the clients
  - Functioning and well-being of the community
- Added Consultation Team Functions

# Consultation Team Functions

(In Residential Care)

‘Therapy for the Therapist’ vs. ‘Support for the Team’

- Support individual practice and mastery
- Recalibrate the ‘temperature’ of the team (emotional warmth)
  - Downregulate ‘hot’ emotions – increase acceptance
  - Up-regulate low energy, address detachment - increase attachment
- Strengthen the ‘fabric’ of the team
  - Act on commitments – put both feet in
  - Courageous conversations - clear the air
  - Ask for support needed

# Bringing Consultation Team to other meetings

- Support individual practice and mastery
  - Focus on demonstration, not discussion about
  - Use modeling, coaching, shaping
  - Practice dialectical world view
    - look for what is left out
    - welcome different perspectives
    - seek out 'contradictions' (rather than avoid)
  - Practice dialectical action (theory informs action then data collection)
- Attend to the way you say things (protect and strengthen team)
- Seize the opportunity to practice alignment with the commitments
- Be there for others; ask for what you need



**Regionsenter for barn og  
unges psykiske helse**

---

Helseregion Øst og Sør

FORSKNINGSPROSJEKT

# Evaluering av implementeringen av OEM

# Rammer for forskningsprosjektet

- Ikke mulig å randomisere ungdommer – mangel på kontrollgruppe
  - Alle institusjoner i Region Nord er OEM-institusjoner
- Tvungen vs frivillig plassering av ungdommen - motivasjon
- Ungdommen samtykker særskilt til forskningsdeltakelse
  - Får fortsette med OEM-tiltak hvis den ikke gir samtykke
- Ulik varighet på opphold ved institusjon
  - Ungdommen får delta i gruppen ved minimal forpliktelse – og så lenge den ønsker å være med.

# Datainnsamling

- 1-3 Faglig ansvarlige ved hver institusjon
  - Opplæring i datainnsamling
  - Følger opp hver enkelt datasett
- Bruk av Checkware for selvrappport



# Forskningsprosjektets hovedfokus

## 1. **Feasibility** – hvor gjennomførbar er OEM?

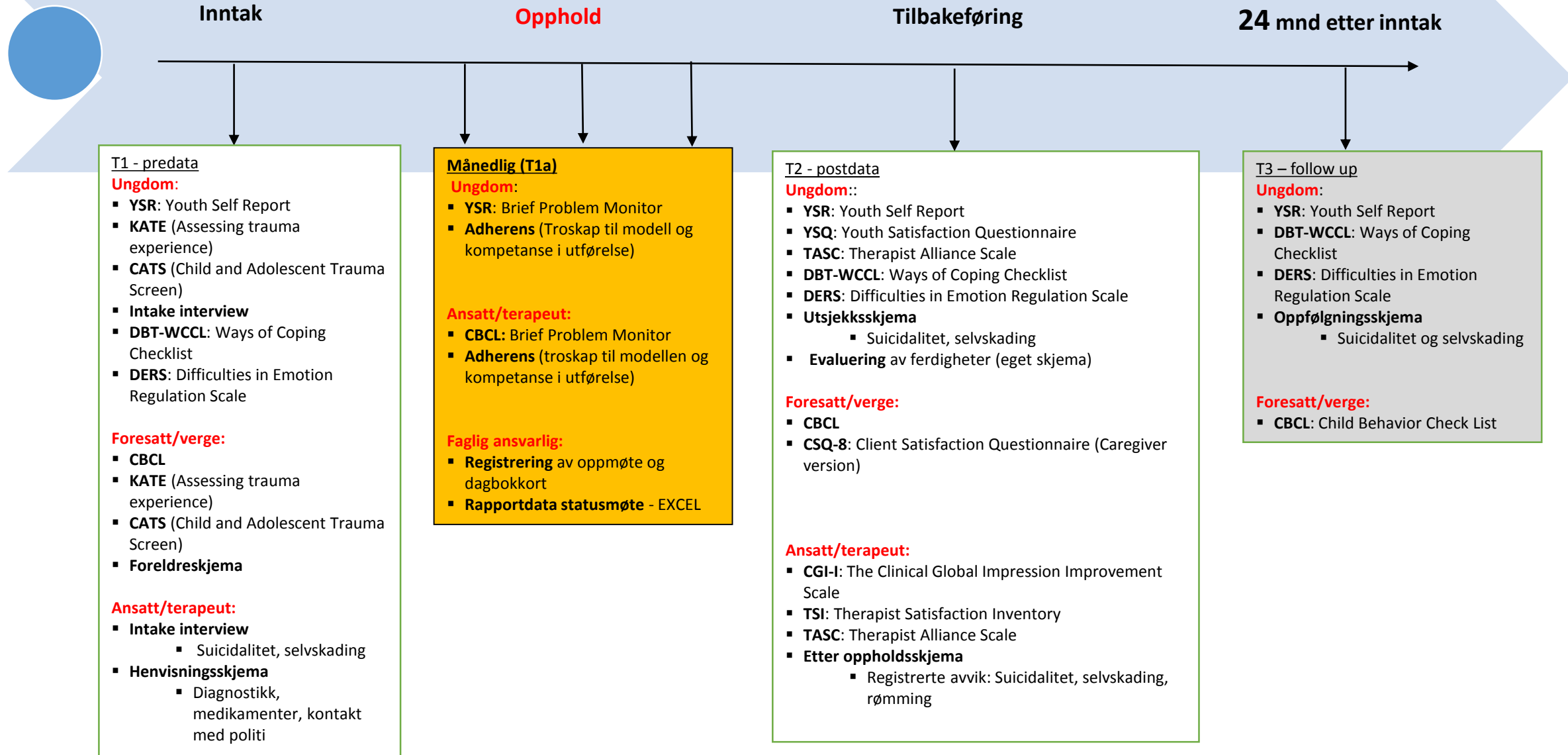
- Hva kjennetegner OEM?
- Hvor godt får vi praktisert modellen (adherence)?

## 2. **Acceptability** - hvordan blir OEM mottatt?

- Hvordan er alliansen mellom ungdommer og ansatte?
- Hvor fornøyde er ungdom, foresatte og ansatte med OEM?

## 3. **Utfallsmål** - Hvilken forskjell utgjør OEM?

- Hvilke endringer kan vi se hos ungdommer som mottar OEM?
  - Endring i atferd og symptomer
  - Variasjoner i forhold til hvilke grupper som profiterer mer eller mindre på intervensjonen
  - Ungdommenes utvikling av følelsesregulering og ferdighetsbruk i etterkant av oppholdet



BIRK-journaldata for avviksregistrering, dagbokkort og oppmøte i gruppe.

# Kartlegging og utfallsmål for ungdom

- **ASEBA** - Generell psykisk kartlegging
  - Månedlig BRIEF gjennom oppholdet
- **KATE/CATS** - Traumekartlegging
- **DERS** - Følelsesregulering
- **DBT-WCCL** – Stressresponser og mestringsstrategier (ferdigheter)
  - Anamnestiske opplysninger fra henvisning, inntaksintervju og samtaler med ungdom, foresatte og kommunalt barnevern.
  - Diagnostikk hentet fra henvisning til BUFETAT(BUP/fastlege)
  - Suicidalitet og selvskading i dagbokkort
  - Avviksmeldinger i BIRK
  - Ferdighetsbruk rapportert av ungdom

# Adherence - hvor godt får vi praktisert OEM?

Modus	Mål	Hvem	Data
<b>1. Gruppeundervisning</b>	Statusmøterapport	Leder FA	Oppmøte, tema, varighet, hyppighet
<b>2. Utviklingssamtaler (individual)</b>	Sjekkliste for utviklingssamtaler	Ansatte FA	Oppmøte, bruk av ferdigheter, Dagbokkort
<b>3. Miljøterapi</b>	Sjekkliste for miljøkomponenter	Ungdom Ansatte FA	Bruk av ferdigheter i miljøet, tokens, referanser til OEM i miljøet
<b>4. Konsultasjonsteam</b>	Statusmøterapport	Leder FA	Oppmøte, tema, varighet, hyppighet

**Eg tykkjer stødt,  
at det høver best  
aa hjelpa den,  
som det trenger mest.**

Ivar Aasen, 1875



# Presenters

- **Håvard Johansen, MSc, Bufetat Region Nord**
  - [Havard.johansen@bufetat.no](mailto:Havard.johansen@bufetat.no)
- **Henry Schmidt, Psychologist, PhD, Bufetat**
  - [Behavioral.affiliates@gmail.com](mailto:Behavioral.affiliates@gmail.com)
- **Kristin Espenes, Psychologist, PhD-candidate RBUP**
  - [Kristin.espenes@r-bup.no](mailto:Kristin.espenes@r-bup.no)

# Any questions?

In English please