

**Prosjekt
Helsehjelp til
barn i barneverninstitusjoner
i Helse Sør-Øst**

**Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en
nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved
barneverninstitusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge**

Torleif Ruud og Bente Weimand

Akershus universitetssykehus

Mars 2018

Innhold

1 Sammendrag	4
2 Bakgrunn, målsettinger og organisering av prosjektet	6
2.1 Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst	6
2.4 Samarbeidet om gjennomføring av prosjektet	8
3 Kort om kunnskapsgrunnlag for noen relevante områder	9
3.1 Kunnskap om behov for helsehjelp til barn ved barneverninstitusjoner	9
3.2 Kunnskap og føringer om helsehjelp til barn ved barneverninstitusjoner	9
3.3 Kunnskap om viktige faktorer i samhandling	10
4 Gjennomføring av evalueringen	12
4.2 Evalueringsmetode som er brukt	12
4.3 Organisering av evaluering og anbefalinger	13
5 Pilotprosjektens modeller	14
5.1 Modellen som er prøvd ut i Sykehuset Innlandet HF	14
5.2 Modellen som er prøvd ut i Akershus universitetssykehus HF	15
5.3 Modellen som er prøvd ut i Sykehuset Østfold HF	15
5.4 Likheter og forskjeller mellom modellene	16
6 Vurdering av prosjektgjennomføring	18
6.1 Forberedelser og utformingsprosess	18
6.2 Gjennomføring av planlagt prosjekt	18
6.3 Lederinvolvering og administrasjon	18
6.4 Bemanning, ressursbruk og kapasitet	19
6.5 Prosjektet bidrar til et grunnlag for en nasjonal modell	19
6.6 Bruk av kunnskap fra rapporten om psykiske lidelser	20
7 Oppnådde overordnede mål og resultater	21
7.1 Økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjenesten	21
7.2 Psykiske lidelser oppdages og avdekkes	21
7.3 Barn får den helsehjelpen de har behov for	23
7.4 Tilgang til behandling uavhengig av omsorgssituasjon	23
7.5 Skifte av oppholdssted fører ikke til brudd i oppfølgingen	24
7.6 Kontinuitet sikres fra alle instanser	24
8 Forslag om en felles modell for bruk i hele landet	25
8.1 Identifisering av de mest sårbare og utsatte	25
8.2 Oversikt over forslaget til felles modell	26

8.3 Organisering.....	27
8.4 Ressurser.....	30
8.5 Kompetanse	30
8.6 Videre arbeid med forslaget til en felles nasjonal modell	31
8.7 Aktuelle problemstillinger og dilemma.....	31
9 Momenter ved eventuell implementering som nasjonal modell.....	34
9.1 Kort om kunnskapsstatus om faktorer av betydning for implementering	34
9.2 Forutsetninger for implementering i stor skala	34
9.3 Utfordringer for implementering i stor skala.....	36
9.4 Eventuell forskningsbasert evaluering av implementering	37
Referanser	39
Vedlegg.....	41
Sammendrag fra pilotprosjektet i Sykehuset Innlandet HF	41
Sammendrag fra pilotprosjektet i Akershus universitetssykehus HF	43
Sammendrag fra pilotprosjektet i Sykehuset Østfold HF.....	45

1 Sammendrag

Prosjekt Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF initierte sammen med Helsedirektoratet et prosjekt med utprøving av nye tjenester fra psykisk helsevern barn og unge (PHBU) i barnevernsinstitusjoner for å bedre sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for. Helse Sør-Øst-prosjektet har bestått av et overordnet prosjekt med tre pilotprosjekter med felles mandat og overordnede målsettinger i Sykehuset Innlandet HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF. Bakgrunnen er ny kunnskap om omfanget av psykiske problemer og udekket behov for helsehjelp fra PHBU hos barn og unge i barneverninstitusjoner, og statlige føringer om økt fokus på bedre helsehjelp til barn og unge i barneverninstitusjoner. Helse Sør-Øst RHF etablerte og ledet en felles prosjektgruppe for arbeidet.

Helsedirektoratet har gitt FOU-avdeling psykisk helsevern ved Ahus i oppdrag å gjøre en samlet evaluering av Helse Sør-Øst prosjektet med de tre pilotprosjektene, og gi anbefalinger om hvordan man kan sikre styrking av tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg slik at de får den helsehjelp de har behov for. Evalueringen kan inneholde råd om hvordan tjenester i helseforetakene burde utformes med krav til ressurser, organisering og kompetanse.

Modellene i de tre pilotprosjektene har mye felles, men er også forskjellige og utfyller hverandre. Alle de tre modellene benytter prinsipper som er vist å være viktige i samhandling: Utarbeiding av samarbeidsavtaler, utarbeiding av retningslinjer og prosedyrer, etablering av møter og samhandlingsfora, og bruk av metoder for å evaluere erfaringen med modellen og justere den.

Sykehuset Innlandet HF har prøvd ut en modell for å få økt og forbedret samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjoner i hele området og uten å opprette noe nytt team, og modellen er altså prøvd ut i stor skala. Akershus universitetssykehus HF har prøvd ut en modell med tett samarbeid i et felles team for en BUP poliklinikk og en barnevernsinstitusjon. Det er utarbeidet detaljerte prosedyrer. Modellen i Akershus er prøvd ut i liten skala. Sykehuset Østfold HF har prøvd ut en modell med et spesialteam som har mottatt henvisninger til PHBU fra alle barnevernsinstitusjonene, og som kan sies å være en kombinasjon av elementer fra de to andre modellene.

Prosjektgjennomføringen er bra i alle pilotprosjektene, med god lederforankring, systematisk arbeid med forberedelse og gjennomføring, og systematisk kartlegging av erfaringer og måloppnåelse.

Alle pilotprosjektene har i hovedsak oppnådd de mål som var satt for prosjektet. En lyktes best med å identifisere behov hos de mest sårbare og utsatte ved bruk av måleinstrumenter og tilgang til uformell kontakt med fagfolk fra PHBU uten krav om henvisning. Mange kom i gang med behandling og oppfølging, men prosjekttiden var for kort til å kunne vurdere effekt av tiltak over lengre tid. Uavklart omsorgssituasjon var ikke hinder for utredning og helsehjelp, men flyttinger medførte brudd i kontakt, problemer med å ivareta kontinuitet i kontakt og med å sikre varig og god oppfølging. Men de har også gode erfaringer med å medvirke til gode løsninger og gode overganger.

Pilotprosjektene modeller og detaljerte beskrivelser av arbeidsmåter, erfaringer og resultater har gitt et godt grunnlag for utforming av et forslag om en felles nasjonal modell for bruk i hele landet.

Evalueringsteamet har i kapittel 8 konkretisert et slikt forslag med elementer og prinsipper for organisering, ressurser og kompetanse. Tabellen på neste side viser en oversikt over modellen. I slutten av kapittel 8 og i kapittel 9 drøftes hvordan modellen kan implementeres som en nasjonal modell, og hvordan dette kan evalueres og videreutvikles.

Oversikt over forslag til felles modell for helsehjelp i barneverninstitusjoner
Målgruppe: Barn og ungdom i barneverninstitusjoner (særlig de mest sårbare og utsatte)
Organisering (se kapittel 8.3)
Samarbeidsavtaler og samarbeidsteam <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsavtale mellom PHBU og barnevernsinstitusjoner • Organisering av samarbeidsteam • Barnevernansvarlig i PHBU og helseansvarlig i barneverninstitusjoner
Felles retningslinjer med prosedyrer for samarbeidet <ul style="list-style-type: none"> • Forpliktende retningslinjer og prosedyrer for samhandling • Prosedyrer for løsning av problemer og eventuelle konflikter • Standarder følges for utredninger og samarbeid om utredninger • Resultatmålinger brukes også til regelmessig evaluering av virksomheten
Samarbeidsmøter med spesifisert struktur og innhold <ul style="list-style-type: none"> • Regelmessige felles samarbeidsmøter mellom barneverninstitusjon og PHBU • Samarbeidsmøtene holdes vanligvis på barneverninstitusjonen • Hovedinnholdet i samarbeidsmøtene er gjennomgang av status for ungdommene • Individuelt tilpasset oppfølging/monitorering ut fra alvorlighetsgrad og behov • Det tilstrebes at ungdommen er tilstede på gjennomgangen
Tiltak og oppfølging for alle barn og ungdommer i barneverninstitusjonen <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid om henvisning til PHBU og om prioritering av inntak i PHBU • Samarbeid om utarbeiding av en individuell plan for hver ungdom • Sikring av varighet og kontinuitet i behandling og oppfølging • PHBU veilede barnevernsinstitusjonen i oppfølging av ungdom med psykiske problemer
Samarbeid med lokalt barnevern, familie/nettverk og kommunale instanser <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med det lokale barnevernet som har omsorgen • Samarbeid ved overføring til fosterhjem • Ungdom som nøkkelperson i samarbeidet
Lederforankring og lederinvolvering <ul style="list-style-type: none"> • Forankring hos øverste leder hos hver part • Aktiv vedvarende lederinvolvering, oppfølging og deltakelse i møter • Prosedyrer for å løse problemstillinger og konflikter
Ressurser (se kapittel 8.4)
Sikre nødvendige ressurser for gjennomføring av modellen <ul style="list-style-type: none"> • Nødvendig med mer ressurser for å sikre helsehjelp til de mest sårbare. • Avklare og formidle ressursbehov og bruk av ressurser • Sikre nødvendig prioritering og tilrettelegging av ressurser
Sikre varighet og kontinuitet i tiltak og oppfølging <ul style="list-style-type: none"> • Sikre varighet og kontinuitet i oppfølging uavhengig av omsorgssituasjon • Sikre nødvendig overlapping i kontakt der brudd i kontakt ikke kan unngås • Fremme plassering innen samme område for å ivareta kontinuitet mest mulig
Kompetanse (se kapittel 8.5)
Sikre nødvendig kompetanse hos alle i hver part for de oppgavene de har <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av økt kompetanse i barneverninstitusjonen • Utvikling av økt kompetanse i PHBU
Utvikling av felles kompetanse, gode relasjoner og samarbeidskompetanse <ul style="list-style-type: none"> • Bygge samarbeidsrelasjoner og samarbeidskompetanse • Organisere felles fagdager for bygging av kompetanse som er felles for partene

2 Bakgrunn, målsettinger og organisering av prosjektet

2.1 Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF har i flere år arbeidet systematisk for å styrke tjenestene til barn i barnevernet og har egen regional plan for hvordan barn skal sikres tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging i barnevernsinstitusjoner. Bakgrunnen for dette prosjektet er erkjennelsen av at man fortsatt ikke lykkes godt nok blant annet basert på resultatene fra en undersøkelse om psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner som gav ny kunnskap om omfanget av psykiske problemer og udekket behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten hos disse barn og unge (1). I Oppdragsdokument til de regionale helseforetak for 2015 ble det gitt føringer om å styrke innsatsen for barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner. Tilsvarende formaliserte krav om økt fokus på helse ble også gitt i 2015 til det statlige barnevernet.

Direktoratene har i en felles rapport Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet (2), redegjort for iverksatte tiltak og gitt anbefalinger om videre satsing på området. Pilotprosjektet omtales i rapporten, som et viktig tiltak for å prøve ut ulike modeller for samarbeid. Basert på direktoratenes anbefalinger har BLD og HOD for 2017 gitt felles oppdrag til Hdir, Bufdir og RHFene med mål om å bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet:

- Utvikle modeller og systemer for tidlig utredning/kartlegging
- Innføre Barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge
- Tilrettelegge for bruk av digitale verktøy til bruk for behandling og oppfølging av barn i barneverninstitusjoner
- Forberede og etablere omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp
- Utarbeide nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester

Generell innledning

Helse Sør-Øst RHF har sammen med Helsedirektoratet initiert et prosjekt i egen helseregion der det ha blitt testet ut nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) i barnevernsinstitusjoner. Dette prosjektet inneholder tre piloter i ulike helseforetak, med felles mandat og overordnet målsetting.

Prosjektet i Helse Sør-Øst har bestått av piloter i følgende helseforetak:

- Sykehuset Innlandet HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Sykehuset Østfold HF

Pilotprosjektene er beskrevet idet overordnede prosjektdokumentet "Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst". Pilotprosjektene har hatt ulik utforming og vil kunne supplere hverandre.

Prosjekteiere, tidsplan og rapporter

Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst RHF, samt deltagende helseforetak med delprosjekt der arbeidet gjennomføres, henholdsvis Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF, er prosjekteiere. Prosjektet ble startet opp høsten 2015 og har pågått i 2016 og 2017. Det er utarbeidet tre rapporter – én for hvert delprosjekt. I tillegg utarbeides en samlet evaluering av de tre pilotene, som presenteres i egen prosjektrapport (denne).

Mandat gitt fra Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF har sørget for å initiere en prosess med prosjekt i egen helseregion der det skal testes ut nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten for barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Det skal prøves ut en modell i minimum to helseforetak innen en og samme Bufetats region. Modellen skal bidra til økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjenesten og i større grad sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for. Basert på allerede etablerte samarbeidsstrukturer og maksimal synergieffekt, skal arbeidet i Helse Sør-Øst baseres på regional samarbeidsavtale med Bufetat-Øst «Sammen og koordinerte» og regional plan i Helse Sør-Øst for «Hvordan sikre barn i barnevernsinstitusjoner tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging» jfr krav i Oppdragsdokumentet 2015 til Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har definert følgende mål i prosjektet

Overordnede mål

- Modellen skal bidra til økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjenesten og i større grad sikre utsatte og sårbare barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for.
- Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes
- Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for
- Man får tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjon er uavklart eller ikke
- Hindre brudd i oppfølging av barn /unge henholdsvis fra barnevern og /eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted
- Kontinuitet sikres fra alle instanser

Resultatmål

- En eller flere modeller for samarbeid og oppfølging av barn og unge i barnevernsinstitusjoner i helseforetakenes eget opptaksområde er prøvd ut i Helse Sør-Øst, med dedikerte stillinger eller deler av stillinger til dette.
- Pilotering av modell og arbeidet sikrer overføringsverdi etter pilotering, og skaper grunnlaget for en modell som i etterkant kan dekke landet.
- Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes
- Barn med behov får tilbud
- Den nasjonale rapporten om psykisk lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner og dens funn anvendes til konkret handling.

Effektmål

- Uavklart omsorgssituasjon er ikke til hinder for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

- Hindre brudd i oppfølging av barn /unge henholdsvis fra barnevern og /eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted.
- Systematiske samarbeidsmodeller mellom barnevernsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten skal i større grad sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for.

2.4 Samarbeidet om gjennomføring av prosjektet

Prosess og organisering

Helse Sør-Øst RHF har samarbeidet gjennom jevnlige, faste møter med Helsedirektoratet, de respektive prosjektansvarlige helseforetak, samt Bufetat Øst om prosjektet. Det ble etablert en felles prosjektgruppe, der alle deltagende helseforetak, Helsedirektoratet, Bufetat, Bufdir og Helse Sør-Øst RHF var representert. Arbeidet har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF med Anne Aasen som prosjektleder. Hvert helseforetak/delprosjekt har hatt egen prosjektorganisering med lokale styringsgrupper, der man har sikret brukerrepresentasjonen.

3 Kort om kunnskapsgrunnlag for noen relevante områder

3.1 Kunnskap om behov for helsehjelp til barn ved barneverninstitusjoner

En undersøkelse om psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner gav ny kunnskap om omfanget av psykiske problemer og udekket behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten hos disse barn og unge (1). Resultatene fra undersøkelsen er også publisert internasjonalt i vitenskapelige artikler og forekomst av psykiske lidelser (3), livskvalitet og dens sammenheng med psykiske problemer (4), og sammenheng mellom omsorgssvikt/traumer i oppveksten og henholdsvis psykiske lidelser (5) og livskvalitet (6) som ungdom.

Den norske undersøkelsen viste at 76 % av ungdommene i løpet av siste tre måneder hadde psykiske problemer som tilfredsstilte kriteriene for minst en psykisk lidelse ut fra det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV som er det som brukes mest i forskning. De mest utbredte diagnosene var depressiv lidelse (37 %), angstlidelse (34 %), ADHD (32 %), Aspergers syndrom (23 %), reaktiv tilknytningsforstyrrelse (21 %) og alvorlig atferdsforstyrrelse (19 %). En stor andel fylte kriteriene for mer enn en diagnose. Forekomsten av psykiske vansker var omtrent lik for jenter og gutter. Forekomsten av psykisk lidelse var like stor som i en britisk studie (7), som er den mest sammenlignbare studien internasjonalt.

3.2 Kunnskap og føringer om helsehjelp til barn ved barneverninstitusjoner

Undersøkelsen om psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner (1) kartla også ungdommenes bruk av ulike typer helsetjenester tidligere og i løpet av de tre siste månedene, altså for samme tidsrom som for oppfylte kriterier for diagnoser. 86 % hadde mottatt hjelp for psykiske lidelser fra psykisk helsevern i løpet av livet, og 38 % i løpet av de tre siste månedene. En av fire ungdommer hadde vært innlagt. Det var nesten dobbelt så mange jenter som hadde fått hjelp for psykiske vansker i løpet av de tre siste månedene sammenlignet med gutter, selv om forekomsten av psykiske vansker var omtrent lik for jenter og gutter. Forskerne antyder at siden en ikke finner resultater som støtter at det er naturlig med en slik forskjell, bør en i barneverninstitusjoner være ekstra oppmerksom på muligheten for udekket behov for hjelp med psykiske vansker blant gutter.

Undersøkelsen hadde ikke noen egen metode for å identifisere eller måle behov for helsehjelp for psykiske vansker. Men dersom en antar at det å tilfredsstille kriteriene for en psykisk lidelse er tegn på et slikt behov, hadde mindre enn halvparten av disse ungdommene mottatt helsehjelp fra psykisk helsevern i løpet av de tre siste månedene. Dette samsvarer med andelen i en rapport om kvalitet i barneverninstitusjoner (8). Dette tyder på udekkede behov for helsehjelp for psykiske vansker hos mange barn og unge som er i barneverninstitusjoner. Rapporten (1) gir ikke informasjon om hva som burde gjøres for å forbedre denne situasjonen. Den nevner imidlertid at forskjeller mellom land i utformingen av tjenester gjør at det er viktig med norske studier og prosjekter for å få mer kunnskap om hva som er et godt tilbud i Norge. Rapporten om kvalitet i barneverninstitusjoner gav noen anbefalinger om forbedringer i disse institusjonene (8). Men det er også viktig å forbedre den kompetanse og kjennskap fagpersoner i PHBU har når det gjelder barneverninstitusjoner, bakgrunn og behov hos barn og unge i barneverninstitusjoner, og hvordan PHBU bør arbeide for å sikre høy kvalitet på utredning og oppfølging av barn og unge i barneverninstitusjoner (9). Dette innebærer blant annet å legge økt vekt på tilgjengelighet, arbeide aktivt for å sikre barn og unge rett til behandling, og bredt samarbeid med andre både i utredning og oppfølging over lang tid (10).

En kunnskapsoversikt basert på norske publikasjoner 2004-2014 om samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge fant 36 relevante publikasjoner, inkludert en rekke offentlige dokumenter (11). Samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge omtales stort sett mer generelt, men det er også noe som handler spesifikt om barneverninstitusjoner. Det refereres at det er foreslått et mer forpliktende samarbeid mellom barneverninstitusjoner og psykisk helsevern for barn og unge (12), tjenestene må ha kjennskap til hverandres aktiviteter i arbeidet med en sak, en må ha kunnskap om ulike roller og om opplysningsplikt og unntak fra taushetsplikten, og høyt arbeidspress må ikke føre til at en tjeneste trekker seg ut når en annen tjeneste involveres. Offentlige dokumenter gir altså en del veiledning og føringer på noen ønskelige tiltak, og det har de seinere år vært et økende samarbeid om dette mellom helsemyndighetene innen helse og barnevern. Et felles rundskriv fra 2015 foreslår blant annet at samarbeidsavtaler og strukturer for regionalt samarbeid mellom ulike typer tjenester videreutvikles og støtter opp under lokale samarbeidsavtaler (13). Helse Sør-Øst RHF har i flere år før oppstart av prosjektet hatt regionale samarbeidsavtaler «Sammen og Koordinerte», med henholdsvis Bufetat - region øst og Bufetat - region sør.

3.3 Kunnskap om viktige faktorer i samhandling

Prinsipper og modeller for samhandling

Litteratursøk har ikke identifisert noe etablert rammeverk for beskrivelse av modeller for samarbeid eller samhandling mellom Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og barneverninstitusjoner. Men en omfattende kanadisk litteraturgjennomgang gir en god oversikt over modeller for samarbeid og samhandling mellom psykisk helsevern og primærhelsetjenesten (14). Den gir et rammeverk som også er relevant for samarbeid eller samhandling mellom PHBU og barneverninstitusjoner.

Den kanadiske oversikten skiller mellom tre hovedmodeller for samarbeid eller samhandling: En kommunikasjonsmodell der ulike atskilte tjenester samarbeider, en samhandlingsmodell med samlokalisering av ulike tjenester, og en integrert modell med felles integrerte team. For hver av disse hovedmodellene beskrives det også ulike grader eller former.

Noen av de viktigste faktorene i samarbeid og samhandling mellom tjenester synes å være etablering av samhandlingsrelasjoner, felles mål, en strukturert organisering av samhandlingen og grad av fysisk nærhet til samhandlingspartnere eller samlokalisering. Det å kjenne hverandre bidrar til økt og bedre samarbeid, men struktur på samarbeidet bidrar til at det ikke blir for personavhengig.

Det finnes ikke én samhandlingsmodell som alltid er best for alle. Men til en viss grad er det slik at det er større behov for tett samhandling og mer spesialiserte opplegg ved mer alvorlige og komplekse tilstander og situasjoner. Sårbare og utsatte ungdommer i barneverninstitusjoner kan være et eksempel på slike komplekse tilstander og situasjoner.

Helsetjenester når mindre fram til og blir mindre brukt av noen pasientgrupper som ut fra sin situasjon og sine erfaringer ikke har tro på at tjenestene kan gjøre noe for dem. Helsetjenester som er oppsøkende med lett tilgjengelige tilbud som de kan prøve ut på en uforpliktende måte, kan lykkes bedre med å etablere kontakt og komme i gang med helsehjelp. Uformelle og uforpliktende samtaler for ungdommer på barneverninstitusjonen kan være en slik oppsøkende form for tilbud fra PHBU, kanskje ikke minst når det gjelder gutter, som er vist å få mindre helsehjelp enn jenter.

Aspekter ved kontinuitet i helsetjenester

Et systematisk arbeid for å avklare og oppnå konsensus om ulike aspekter ved kontinuitet (15) skiller mellom tre typer kontinuitet som alle er viktige på hver sin måte:

Kontinuitet i informasjon betyr at informasjon om hendelser og behov overføres og integreres til en samlet oversikt som bidrar til bedre forståelse av pasientens nåværende behov.

Kontinuitet i relasjoner ivaretar forholdet mellom pasient og helsepersonell og sikrer gode overganger ved nødvendige skifte i relasjoner.

Kontinuitet i ledelse betyr at det er sammenheng og konsistens i de samlede tjenestene, og at de på en fleksibel måte tilpasses pasientens vekslende behov over tid. Alle disse tre formene for kontinuitet er relevante for å kunne gi god helsehjelp til ungdommer i barneverninstitusjoner.

4 Gjennomføring av evalueringen

4.1 Evalueringsoppdraget

Den formelle avtalen om evaluering av dette prosjektet er gjort mellom Helsedirektoratet og FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, der følgende avsnitt beskriver oppdraget:

«Helse Sør-Øst RHF har som overordnet mål for arbeidet å finne modeller for samarbeid som kan sikre styrking av tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg slik at følgende mål nås:

- *Psykiske lidelser hos barn i barneverninstitusjoner oppdages og avdekkes*
- *Barn i barneverninstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for*
- *Tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjon er uavklart eller ikke*
- *Hindre brudd i oppfølging av barn/unge henholdsvis fra barnevern og/eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted*
- *Kontinuitet sikres fra alle instanser*

Helsedirektoratet har behov for en samlet evaluering av de tre pilotene og i hvilken grad disse bidrar til oppnåelse av prosjektets overordnede mål, de ulike prosjekters måloppnåelse og erfaringer, i tillegg til den evalueringen hvert av pilotprosjekt gjør selv.

Rapporten skal gi noen anbefalinger på hvordan man kan sikre styrking av tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg slik at de får den helsehjelp de har behov for. Rapporten kan inneholde råd om hvordan tjenester i helseforetakene burde utformes med krav til ressurser, organisering og kompetanse. Det vises forøvrig til overordnet prosjektdokument, samt mottatte vedlegg om evalueringsoppdraget fra Akershus universitetssykehus HF.»

Det overordnede prosjektdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF inneholder mer konkrete punkter og kriterier for evalueringen av pilotprosjektene modeller, prosjektgjennomføring, resultater/effekt og erfaringer. I de felles prosjektmøtene ble det også tatt med noen punkter til i disposisjonen som pilotprosjektene har brukt for sine rapporter.

4.2 Evalueringsmetode som er brukt

Det har i liten grad vært definert kvantifiserte mål for rapportering fra pilotprosjektene eller for evaluering av pilotprosjektene. Det har heller ikke vært oppgitt konkrete evalueringsmetoder som skulle brukes. Det har derfor heller ikke vært naturlig å velge noe evalueringsrammeverk som pilotprosjektene ikke var informert om at de ville bli målt ut fra.

Evalueringen bygger derfor i hovedsak på pilotprosjektene rapporter der hvert pilotprosjekt beskriver modell som er prøvd ut, organisering og gjennomføring av prosjektet, erfaringene som er gjort med modellen, hvordan måloppnåelsen har vært for ulike punkter, hvordan pilotprosjektet selv evaluerer resultatene og hvilke informasjonskilder de bygger på.

Evalueringsteamet har også vektlagt om det er konsensus mellom pilotprosjektene når det gjelder erfaringer og resultater, og hvordan de ulike modellene og erfaringene utfyller hverandre.

Evalueringsteamet har også brukt sin kjennskap til tjenestene, og sin erfaring fra forskning om helsetjenester, samhandling og implementering. Det vises til noe relevant litteratur fra slik forskning i denne evalueringsrapporten for å vise hvordan en del av erfaringene er i samsvar med forskning.

4.3 Organisering av evaluering og anbefalinger

Det er en del overlapping mellom overordnede mål, resultatmål og effektmål som Helse Sør-Øst RHF har definert for prosjektet og for pilotprosjektene. For å unngå uklarheter og gjentakelser er det derfor i denne evalueringsrapporten delvis brukt en justert inndeling og organisering av de aktuelle punktene, men slik at alle punktene dekkes.

Etter presentasjonen av hver modell og evalueringen av gjennomføring og oppnådde mål i de tre pilotprosjektene, foreslås det ut fra pilotprosjektene en felles nasjonal modell med mulighet for noen tilpasninger ut fra lokale forhold. Til slutt drøftes noen forutsetninger, utfordringer og aktuelle problemstillinger ved en eventuell nasjonal implementering av den foreslåtte samarbeidsmodellen, og hvordan en slik implementering kan følges med en forskningsbasert evaluering for å monitorere implementeringen, dokumentere resultater og eventuelt justere modellen ut fra resultatene.

Den største utfordringen for den samlede evalueringen er variasjonene i de tre pilotprosjektene. Dette gjelder både prosjektutforming, modeller som er prøvd ut, og rapporteringen av resultatene. Rapportene viser at ungdommene i barnevernsinstitusjonen har omfattende og komplekse livshistorier, situasjon og problemer. Tidligere negative erfaringer de har, gjør at det er en krevende og tidkrevende prosess å etablere gode relasjoner med dem og kunne gjennomføre adekvate utredninger og behandlinger. Rapporteringen om resultatene viser dette komplekse bildet, og det er nødvendig også å ha disse erfaringene med i utformingen av en nasjonal modell.

De tre rapportene fra pilotprosjektene gir mye informasjon, og denne evalueringsrapporten kan ikke formidle alle detaljer fra de tre rapportene. Pilotprosjektene egne rapporter må derfor også leses for å få en mer detaljert forståelse av erfaringer og resultater fra de tre pilotprosjektene. De har også verdifulle vedlegg i form av samarbeidsavtaler, retningslinjer og maler som er utviklet i pilotprosjektene, og disse er relevante for det videre arbeidet med å konkretisere en felles modell.

5 Pilotprosjektenes modeller

Dette kapitlet inneholder en kort beskrivelse av modellen i hvert av de tre pilotprosjektene. Det vises til mer informasjon i pilotprosjektenes egne sammendrag som er vedlegg til denne rapporten, og til mye mer detaljert informasjon i rapportene som er tilgjengelige fra pilotprosjektene.

5.1 Modellen som er prøvd ut i Sykehuset Innlandet HF

Organisering med utprøving i alle PHBU-enheter og barneverninstitusjoner

Pilotprosjektet har hatt som mål å få til et mer systematisk samarbeid mellom de eksisterende enheter uten å opprette noe nytt team. Pilotprosjektet har vært et samarbeid mellom alle aktuelle deler av psykisk helsevern for barn og unge (poliklinikker og døgnavdelinger) i Sykehuset Innlandet HF og barnevernsinstitusjonene i de to fylkene Hedmark og Oppland som helseforetaket dekker.

Det ble opprettet funksjoner for barnevernansvarlige i PHBU og utarbeidet funksjonsbeskrivelse for disse, mens mandat og oppgaver for helseansvarlige i barneverninstitusjonene var hentet fra Bufetats hjemmeside på nett. En ansatt i hver enhet/institusjon fikk ved dette spesifiserte oppgaver som de utfører på deltid innen sin stilling. Dette innebærer å ha en nøkkelrolle i samarbeidet, delta i samarbeidsmøter, delta i samtaler med ungdommer, delta i samarbeid om utredning og anonyme drøftinger for å avdekke psykiske lidelser og anbefale tiltak, være tilgjengelig på telefon mellom møter, og kunne gi informasjon/veiledning.

Samarbeidsavtaler og retningslinjer

En felles fagdag (kick-off) ble brukt til å informere om prosjektet og til å samarbeide om å utarbeide samarbeidsavtaler og retningslinjer, og en felles fagdag seinere hadde traumer og selvskading som tema. Samarbeidsavtale er utarbeidet i fellesskap og tiltrådt av de ulike institusjonene/enhetene. Med basis i samarbeidsavtalen er det også i fellesskap utarbeidet retningslinjer med mer detaljerte prosedyrer for samarbeidet. Det beskrives hvordan samarbeidet skal skje for de ungdommene som mottar et tilbud ved BUP, og hvordan det skal sikres kontinuitet i arbeidet og faste samarbeidsmøter. Det er også utarbeidet en brosjyre om PHBU som gir informasjon til både ansatte og ungdommer i barneverninstitusjonene for å bidra til at det blir lettere å motivere ungdom for kontakt med PHBU.

Samarbeidsmøter

Det er månedlige møter på hver institusjon mellom samarbeidende enheter (barneansvarlige, helseansvarlige, ledere), og hver annen uke ved akutte barneverninstitusjoner. Alle barn/unge ved institusjonen drøftes regelmessig, enten ved navn (om samtykke) eller anonymt. Det er utarbeidet beskrivelse av hvilke opplysninger som bør foreligge fra hjelpeapparatet og barnevernstjenesten der ungdommen kommer fra for å sikre kunnskap og erfaring som finnes fra før om ungdommen. En skal også sikre at alle ungdommene i barneverninstitusjonene blir spurt om psykisk helse og sikres tilbud om behandling. En avklarer om ungdommen trenger og ønsker behandling i psykisk helsevern, eller om tilbudet hovedsakelig bør bestå av miljøterapi ved institusjonen supplert med veiledning og konsultativ bistand fra PHBU. Henvisninger til PHBU behandles på linje med andre henvisninger.

5.2 Modellen som er prøvd ut i Akershus universitetssykehus HF

Organisering av samarbeid mellom en BUP poliklinikk og en barneverninstitusjon

Det er prøvd ut en modell med tett samhandling ved et felles prosjektteam for en BUP poliklinikk og en barnevernsinstitusjon i samme lokale område. Modellen bygger på psykologfaglig, barnevernfaglig og organisasjonsteoretisk forståelse, og den omtales som en hybrid mellom spesialisthelsetjeneste og barnevern ved at en arbeider sammen om oppgavene slik det beskrives nedenfor.

Samhandling om samtidig helsefaglig og barnevernfaglig utredning

De to nøkkelpersonene i teamet fra henholdsvis BUP og barneverninstitusjonen gjør i fellesskap en samtidig helse- og omsorgsvurdering sammen med ungdommen selv og de som står nærmest, for så sammen skreddersy tiltak for å sikre at de treffer godt ved å ta utgangspunkt i ungdommens eget utviklingsprosjekt. Samhandlingen består i stor grad i ambulant og arenafleksibelt arbeid. Det er utarbeidet veiledninger for samarbeidsmøter og samtaler med ungdommene, og veiledninger for systematisk uthenting av informasjon fra barnevernsmapper og fra journaler i helsetjenester.

I utredninger bruker en også to godt validerte spørreskjemaer for å måle livskvalitet og symptomer for å avdekke psykiske problemer og behov for helsehjelp. De samme skjema brukes også seinere for å måle om tiltakene har hatt effekt for den enkelte ungdom, samt for ungdommene som gruppe.

Prosjektgruppa deler ungdommene inn i tre grupper ut fra resultater fra kartlegging og intervjuer: Ungdommene i «grønn gruppe» har en god plan, følges opp allerede eller har ikke behov for oppfølging av psykisk helsevern, og er i god utvikling og funksjon. Disse følges opp med statusgjennomgang hver 6. uke for å endre tiltak ved behov. Ungdommene i «gul gruppe» har en plan og oppfølging fra psykisk helsevern, men strever og har usikker effekt eller prognose. Disse følges med statusgjennomgang hver 6. uke og veiledning til personalet. Ungdommene i «rød gruppe» er de mest sårbare og utsatte der det meste er prøvd, og der ordinære hjelpetiltak ikke strekker til. Disse krever mye tettere oppfølging og mer omfattende helsehjelp som må skreddersys i forhold til deres tilstand og situasjon.

Fokus på bygging av nettverk («stillasbygging») i oppfølging

Et sentralt element i arbeidsmåten og modellen er å bygge og sikre gode nettverk rundt barn og ungdom som bor på institusjon. Dette bygger delvis på erfaringer fra et annet prosjekt om samhandling mellom samme BUP og barnevernet angående barn i fosterhjem, og en viktig komponent er at «stillasbyggere» bidrar til å bygge nettverk («stillas») for ungdommen. En søker å følge LEON-prinsippet (lavest mulige effektive omsorgsnivå) ved å lage tiltak for å støtte stillaset (nettverket) rundt barna.

5.3 Modellen som er prøvd ut i Sykehuset Østfold HF

Organisering med et spesialteam som samarbeider med flere barneverninstitusjoner

Modellen består i at Ambulant Innsatsteam i avdeling BUP/HABU ble forsterket med tre stillinger for gjennomføring av pilotprosjektet med samarbeid med alle barneverninstitusjonene i Østfold og enhetene i PHBU. Prosjektgruppen bestod av prosjektleder, en psykologspesialist til og en barnevernspedagog, og i slutfasen ble den også forsterket med en psykiater ut fra behov også for

medisinsk kompetanse. Også andre medarbeidere i Ambulant Innsatsteam har hatt oppdrag i prosjektet. Alle barnevernsinstitusjoner i Østfold ble invitert til å henvise ungdommer de vurderte å ha behov for helsehjelp direkte til prosjektgruppen.

Samarbeidsmåte

Prosjektgruppen hadde i oppdrag å finne metoder for å nå de definerte delmålene gjennom en fleksibel og tilgjengelig tilnærming til ungdommene og institusjonene. I et kick-off seminar der PHBU-enhetene og de fleste barneverninstitusjonene var med, ble det kartlagt hvilke erfaringer barneverninstitusjonene hadde fra samarbeidet med PHBU og drøftet endringer som var ønskelige. Ut fra dette og prosjektmandatet ble det etablert et samarbeid mellom prosjektgruppen, PHBU-enhetene og barneverninstitusjonene.

Prosjektgruppen utviklet arbeidsmåter for samarbeidet internt i prosjektgruppen og med de andre delene av tjenestene. Prosjektgruppen hadde utredning og behandling som oppgaver. Utredning foregikk oftest ambulant ved barneverninstitusjonen og inkluderte rutiner for kartleggingssamtaler og bruk av kartleggingsverktøy. Ved utforming av behandling ble det lagt vekt på å skreddersy tiltak ut fra ungdommens behov. Dersom ungdommen ut fra kartleggingen hadde rett til helsehjelp, fikk ungdommen tilbud som ble ansett som riktig nivå: ambulant oppfølging i prosjektet, overføring til lokal BUP, eller henvisning til andre tilbud (utredning/behandling, dag/døgnbehandling). Dersom ungdommen ble vurdert til å ikke ha rett til helsehjelp, var prosjektgruppen i dialog med henviser om hvordan følge opp videre. Det ble også utarbeidet nye henvisningsrutiner for å bidra til lettere og raskere tilgang til helsehjelp fra PHBU.

Utprøving av modellen i to varianter

Prosjektgruppen fikk tilbakemeldinger fra barneverninstitusjonene om at flere ungdommer som ikke tidligere hadde fått gjennomført utredning eller fått behandling, fikk dette med det nye opplegget. Samtidig fikk prosjektgruppen færre henvisninger enn en hadde regnet med, og en ble klar over at det var en del ungdommer som ikke ble henvist selv om de ble vurdert av barneverninstitusjonen til å ha behov for helsehjelp. De siste månedene av prosjektiden valgte derfor prosjektgruppen å avgrense samarbeidet med tre litt ulike institusjoner innen rimelig geografisk avstand for å få erfaring med å kunne nå flere ungdommer ved å kunne gi tettere oppfølging. To av disse fikk avtale om en ukentlig samarbeidsdag ved institusjonen, og en institusjon med akutt plassering fikk besøk av prosjektgruppen to halve dager pr uke.

5.4 Likheter og forskjeller mellom modellene

En kort overordnet beskrivelse av de tre modellene er følgende:

Sykehuset Innlandet HF har prøvd ut en modell for å få til økt og forbedret samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjoner i hele området ved de fagpersonene som jobber i disse tjenestene, og uten å opprette nye stillinger eller strukturer. Modellen er altså allerede prøvd ut i stor skala.

Akershus universitetssykehus HF har prøvd ut en modell, «Stillasbyggerne», med detaljert og tett samarbeid mellom en BUP og en barneverninstitusjon, med tanke på at denne modellen så etterpå kan gjennomføres i større skala. Modellen bygger på et tett samarbeid i et felles team og bruk av deltidsstillinger inn i dette. Det er utarbeidet svært detaljerte prosedyrer. Modellen i Akershus er altså prøvd ut i liten skala.

Sykehuset Østfold HF har prøvd ut en modell som ligger mellom de to andre modellene, eller som kan sies å være en kombinasjon av elementer fra de to andre modellene. Det har vært utprøvd et sentralt spesialteam som en utvidelse eller forsterkning av et eksisterende team. Teamet har mottatt alle henvisninger fra alle barneverninstitusjonene, og modellen har på den måten en del felles med modellen i Sykehuset Innlandet HF. Men ved avgrensningen i fase 2 til å prøve ut et tettere samarbeid med tre institusjoner, har denne modellen også noe felles med modellen i Akershus.

Alle de tre modellene benytter prinsipper og modeller som finnes i mange modeller for samhandling: Utarbeiding av samarbeidsavtaler, utarbeiding av retningslinjer og prosedyrer, etablering av møter og samhandlingsfora, og bruk av metoder for å evaluere erfaringen med modellen og justere den.

Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF har hatt en prosjektgruppe som selv har gjennomført samhandlingen og det kliniske samarbeidet. Sykehuset Innlandet HF har hatt en prosjektgruppe som ikke gjorde det kliniske arbeidet selv. Videreføringen av modellen etter avsluttet prosjekt synes lettere å gjennomføre med modellen til Sykehuset Innlandet HF, siden de som har gjennomført det kliniske samarbeidet og samhandlingen fortsatt er i de samme stillinger og roller, mens dette ikke er tilfelle i samme grad i Akershus og Østfold.

Ut fra det kanadiske rammeverket for samarbeid og samhandling (14) som er nevnt i kapittel 3.3 er pilotprosjektene modeller i hovedsak en samarbeidsmodell der de to samarbeidende partene har ulike former for tett kommunikasjon og samarbeidsmøter. Men det er også elementer av de to andre modellene. Partene kan sies å arbeide samlokalisert når de legger samarbeidsmøter og møter med ungdommene til barneverninstitusjonen, og det brukes i større eller mindre grad integrerte samarbeidsteam som for visse oppgaver bruker sin samlede kompetanse og gjør arbeidet sammen.

6 Vurdering av prosjektgjennomføring

Det har vært nedlagt mye arbeid og engasjement i forberedelse, gjennomføring og rapportering av hvert av de tre pilotprosjektene. Dette gjelder alle de forhold som er omtalt nedenfor.

En styrke ved det overordnede prosjektet er kombinasjonen av noen felles krav til pilotprosjektene og et ønske om at pilotprosjektene kunne velge litt ulike modeller slik at erfaringene kunne supplere hverandre. Helse Sør-Øst RHF ved prosjektleder Anne Aasen organiserte felles prosjektmøter under hele prosessen fra planlegging til fullføring, og dette samarbeidet la til rette for å gjennomføre kombinasjonen av samordning og variasjon. I disse møtene deltok flere sentrale personer fra hvert pilotprosjekt, representanter fra Helsedirektoratet, Bufetat, og Bufdir, og evalueringsteamet.

En begrensning for pilotprosjektene har vært at tiden for selve utprøvingen av modellene har vært begrenset, slik at det er vanskeligere å dokumentere og evaluere resultater og effekter som krever lenger tid enn det som var til rådighet. Tidsbegrensningene for selve gjennomføringen av modellene har sammenheng med de ressurser hvert pilotprosjekt hadde til rådighet, og med den tiden som gikk med til å organisere og forberede både prosjektet, samordningen og pilotprosjektene.

En begrensning for evalueringen er at det i liten grad ved oppstart ble definert felles spesifikke målemetoder for bruk i pilotprosjektene når det gjaldt gjennomføring, resultater og effekt. Ved evaluering av pilotprosjektene er det derfor i liten grad tilgjengelig kvantitative mål, og evalueringen må derfor i hovedsak bygge på kvalitative opplysninger i form av oppsummeringer og utsagn av hva ulike informanter har sagt, samt pilotprosjektene egne vurderinger og konklusjoner.

6.1 Forberedelser og utformingsprosess

De tre pilotprosjektene ble planlagt og forberedt i samarbeid med oppdragsgiverne og de andre pilotprosjektene i løpet av 2015/2016. Tjenestene som skulle samarbeide ble også på ulike måter invitert som deltagere inn i prosjektet og med på drøftinger og beslutninger om utformingen av pilotprosjektet. Dette gjaldt på alle nivå i overordnet prosjektgruppe og lokalt i pilotene. Hensikten med dette har vært å få et godt og bredt grunnlag for samarbeidet, at modellen for samarbeid skulle være realistisk og gjennomførbart, også ved at de ulike tjenestene fikk et eierforhold og motivasjon for samarbeidet.

6.2 Gjennomføring av planlagt prosjekt

Pilotprosjektene har i hovedtrekk vært gjennomført som planlagt. Men det har i noen tilfelle blitt besluttet å gjøre endringer ut fra erfaringene fra første fase av pilotprosjektet. Eksempler på dette har vært å ha hyppigere samarbeidsmøter ved barnevernets akuttenheter (Sykehuset Innlandet HF) og å avgrense prosjektet (Sykehuset Østfold HF) til et mindre utvalg institusjoner i siste fase.

6.3 Lederinvolvering og administrasjon

Lederforankring av pilotprosjektene ble gjennomført ved møter med ledere og ledergrupper, ved bruk av styringsgrupper der ledere var med, og ved at ledere delvis deltok i samarbeidsmøter mellom tjenestene. Lederforankringen og lederstøtten synes å ha vært adekvat i alle de tre pilotprosjektene.

Det administrative arbeidet med pilotprosjektene synes i stor grad å ha vært gjennomført ved prosjektlederne. Hvor mye prosjektledere har bidratt både i prosjektlederrollen og som fagperson i

samarbeidet mellom tjenestene, vil ha betydning for hvor krevende det vil være å videreføre modellen etter fullført prosjektperiode.

6.4 Bemanning, ressursbruk og kapasitet

De tre pilotprosjektene har mottatt økonomisk støtte fra Helsedirektoratet, og omfanget av støtten har både påvirket og delvis vært tilpasset utforming og varighet av pilotprosjektet. I rapportene er det spesifisert stillinger eller stillingsandeler for prosjektleder og enkelte andre nøkkelpersoner, og redegjort for hvor mange ungdommer som disse utredet og eventuelt gav behandling.

Ressursene som er brukt i de tre pilotprosjektene er fordelt på både prosjektorganisering og på samarbeidet om ungdommene, og prosjektorganiseringen har krevd ulikt i de tre pilotprosjektene. Det er også vanskelig å vite hvor mye tid som er brukt av en rekke andre medarbeidere som har vært involvert på deltid i ulike roller og oppgaver. Det er derfor også vanskelig å gi noe pålitelig estimat av hva det vil kreve av ressurser å gjennomføre en nasjonal modell. En del faktorer av betydning for å estimere behov for ressurser er drøftet i kapittel 8.6.

6.5 Prosjektet bidrar til et grunnlag for en nasjonal modell

Gjennom prosjektets satsing på utprøving av tre ulike modeller med god lokal forankring og systematisk og gjensidig informasjonsutveksling i felles møter, samt en overordnet evaluering (denne) er det lagt et godt grunnlag for integrering av disse modellene til en nasjonal modell.

Sykehuset Innlandet HF

Prosjektgruppen i Innlandet beskriver at deres modell kan gjennomføres i større skala i andre helseforetak, uten stor bruk av ekstra ressurser, samt at modellen med fordel kan utvides i retning av de to andre pilotprosjektene modeller for å fange opp flere ungdommer og sikre at de får bistand fra BUP med en tilnærming som er tilpasset deres behov og livssituasjon.

Modellen ble tilpasset akuttinstitusjonene i barnevernstjenesten. Ved disse institusjonene var det behov for hyppigere møter og mer tilgjengelighet fra BUP når det gjaldt de ungdommene som var der over kortere tid enn i atferdsinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner.

Viktige forutsetninger for å lykkes med modellen er at dette arbeidet prioriteres og følges opp av ledelse både ved BUP poliklinikker og barneverninstitusjonene.

Akershus universitetssykehus HF

Prosjektgruppen fra Ahus beskriver at de har erfart gevinst på individnivå og systemnivå som de anslår vil ha betydning på samfunnsnivå: På individnivå er deres erfaring at ungdommene kan få bedre subjektiv livskvalitet og lavere symptomtrykk, samt nytteverdi av egeninvolvering og arbeid med mestring, mening og nettverksbygging for at ungdommen blir bedre rustet til å tåle livets utfordringer. På systemnivå anses det som en gevinst at samarbeidet hindrer at flere instanser planlegger og gjennomfører de samme vurderinger og tiltak. Samarbeidet sikrer også gjensidig kompetanseoverføring mellom BUP og barneverninstitusjonen. Å hindre oppfølgingsbrudd er ressursbesparende. På samfunnsnivå peker prosjektet på mulighet for kostnadsbesparelser i form av å hindre utenforskap og drop-out fra skole og arbeidsliv, samt mindre behov for ettervern.

Beskrivelsene av kostnadsbesparelser på system- og samfunnsnivå fra Ahus-prosjektet vil kunne gjelde på samme måte for alle de tre pilotprosjektene. Dette må imidlertid testes ut med samfunnsøkonomiske analyser ved implementering av en nasjonal modell.

Sykehuset Østfold HF

Prosjektgruppen stipulerer at en ambulant arbeidsform er mer kostbar enn et poliklinisk tilbud, men at dette må sees i sammenheng med at det frigjør ressurser i poliklinikken som tidligere har blitt brukt på denne gruppen. Prosjektgruppen peker også på muligheten for at en ambulant arbeidsform kan forebygge akuttinnleggelser på døgninstitusjon i PHBU. Ambulante barnevernsteam vil da kunne være ressursbesparende for PHBU, siden erfaringen er at ungdom i barneverninstitusjoner ofte har et høyt forbruk av akutt plasser.

6.6 Bruk av kunnskap fra rapporten om psykiske lidelser

Det var et krav at prosjektet skulle bygge på den nasjonale rapporten om psykisk lidelser hos barn i barneverninstitusjoner (1) i den forstand at de overordnede prosjektmålene er basert på funn og hvordan disse skulle anvendes til konkret handling. Selv om pilotprosjektene rapporterer i liten grad viser direkte til rapporten fra undersøkelsen, er det tydelig vist til rapporten i grunnlaget for hele prosjektet, og pilotprosjektene arbeid er særlig rettet mot nettopp de mest sårbare ungdommene ved barneverninstitusjonene som ofte også er vanskeligst å nå med tilbud fra PHBU. Både de overordnede målene for prosjektet og pilotprosjektene bygger altså på den nasjonale rapporten, og noen av de rapporterte måloppnåelsene er relatert til erfaringene en har fått om hva som må gjøres fra tjenestene for å hjelpe barn/ungdommer som beskrives i funnene i den nasjonale rapporten.

7 Oppnådde overordnede mål og resultater

7.1 Økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjenesten

Pilotprosjektet i Sykehuset Innlandet HF har ført til at formalisert samarbeid mellom alle BUP poliklinikker i Sykehuset Innlandet HF og barneverninstitusjonene i deres nedslagsfelt, og prosjektet beskriver at de når mange institusjoner og ungdommer med modellen. Barneverninstitusjonene har opplevd det spesielt nyttig å drøfte de ungdommene som ikke allerede er i behandling med spesialisthelsetjenesten. Det er enighet om at formalisering av samarbeidet og faste møtearenaer over tid bidrar til gode samarbeidsrelasjoner og bedre kjennskap til hverandres fagfelt. Det er eksempler på at dette har bidratt til raskere avklaring i vanskelige saker og kriser. Samarbeidsavtalen etterlevs, og får gode tilbakemeldinger. Prosjektet har altså ført til økt samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjonene i Hedmark og Oppland.

Pilotprosjektet i Akershus universitetssykehus HF har gitt gode erfaringer med tett samarbeid i et felles team for en BUP poliklinikk og en barneverninstitusjon. Tett samarbeid etter en bestemt modell har vært vellykket. Det er etablert en samarbeidsmodell med detaljerte og konkrete maler, retningslinjer, roller og veiledninger for kommunikasjon. Modellen er bare prøvd ut ett sted, men de etablerte hjelpemidlene kan brukes ved gjennomføring av et slikt samarbeid i større skala.

Pilotprosjektet i Sykehuset Østfold HF medførte økt samarbeid mellom et spesialisert sentralt ambulant team og alle barneverninstitusjonene i første fase av prosjektet, og med et mer intensivt samarbeid med tre ulike barneverninstitusjoner i andre fase av prosjektet. Prosjektgruppen i Østfold har gjort erfaringer med et spesialisert og bredt sammensatt team som har samarbeidet med mange institusjoner og fått erfaringer med mange ungdommer, og de har ut fra det tilrådet bruk av spesialiserte team fra PHBU i samarbeidet med barneverninstitusjoner.

Alle tre pilotprosjektene oppnådde altså økt samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjoner, men med variasjon i hvor mange som var involvert i samarbeidet gjaldt, hvor mange ungdommer det gjaldt og hvor detaljerte utredninger og behandlingsopplegg som ble gjennomført. Det er derfor verdifullt å lese mer om detaljene i rapportene fra alle de tre pilotprosjektene.

Pilotprosjektene resultater er oppnådd med de ekstra ressursene som prosjektet i regi av Helse Sør Øst RHF er tilført fra Helsedirektoratet, slik det er omtalt ovenfor i kapittel 6.4.

7.2 Psykiske lidelser oppdages og avdekkes

Rapporten fra NTNU (1) viste at det var mange flere barn og unge i barneverninstitusjoner som hadde psykiske lidelser og behov for helsehjelp fra BUP, enn det som var avdekket. Dette er derfor et av de mest sentrale målene for pilotprosjektene.

Rapportene fra pilotprosjektene gir et noe variert bilde av i hvilken grad de bidrar til at psykiske lidelser oppdages og avdekkes. Delvis mener ansatte ved institusjonene at de oppdager psykiske lidelser. Men samtidig tyder andre utsagn på at en del barn og unge ikke blir godt nok utredet til å avdekke psykisk lidelse. Systematisk bruk av spørreskjema kan være en hjelp til å avklare dette, og pilotprosjektene i Akershus og Østfold omtaler slike skjema de har brukt. Samtidig nevnes det blant annet i rapporten fra Innlandet at mange barn og unge ikke vil fylle ut slike skjema, og råd fra Forandringsfabrikkens representanter i pilotprosjektets styringsgruppe legger vekt på hvor viktig det er å først og fremst skape en god relasjon og bruke samtale som kontaktform for å etablere en tillit

som gjør at barn og unge vil formidle hvordan de har det. Det drøftes også i rapportene hvordan negative erfaringer før i livet gjør mange barn og unge betenkt på å bli henvist til BUP, at en del ansatte ved barneverninstitusjoner er oppgitt over hvor lang ventetid det er på helsehjelp fra BUP, og at barn og unge mister motivasjonen i ventetiden. Slike forhold bidrar til at en del barn og unge med mulige psykiske lidelser likevel ikke blir henvist til BUP for utredning og behandling.

Pilotprosjektet i Sykehuset Innlandet HF hadde som intensjon å sikre at alle ungdommene som bor i barneverninstitusjonene skulle spørres om psykisk helse og sikres tilbud om behandling ved behov. Innlandets deltagende 12 barneverninstitusjoner har samlet 175-200 plasser. Det er ikke rapportert hvor mange som er nådd av pilotprosjektet. Brosjyren som ble utarbeidet for å gi informasjon til ungdom og ansatte informasjon om PHBU og deres tilbud, var nyttig. Men den er ikke blitt tatt i bruk av alle, og ikke alle nås med utredning. Men terskelen for å vurdere henvisning til BUP er blitt lavere. Regelmessige møter har senket terskler og økt tillit. De som har behov for hjelp som avdekkes, får hjelp tidligere. Barneverninstitusjonene har opplevd det spesielt nyttig å drøfte de ungdommene som ikke allerede var i behandling i spesialisthelsetjenesten. Ungdommene treffer spesialisthelsetjenesten ved behov, uten henvisning i forkant. BUP rapporterer at de har fått god oversikt over barneverninstitusjonen, og fortløpende kjennskap til nye ungdommer. Informasjonen har gjerne kommet i forkant av innflytting, så snart barneverninstitusjonen er gjort kjent med plasseringen. BUP har dermed mulighet til å være godt forberedt på en eventuell henvisning, og kan også selv delta i drøftingen av, eller avgjørelsen om, en eventuell henvisning. Videre kan BUP etterspørre nødvendig informasjon, eller veilede personalet fra barneverninstitusjonen omkring eventuelle tegn og uttrykk de skal være oppmerksomme på hos den aktuelle ungdommen.

Pilotprosjektet i Akershus universitetssykehus HF lyktes med å gi alle ungdommene på institusjonen tilbud om kartlegging. Dette synes å ha vært mulig ut fra det tette samarbeidet og systematikken i modellen, og ut fra at pilotprosjektet var avgrenset til en poliklinikk og en barneverninstitusjon. Men arbeidet med å få konsesjon fra Datatilsynet for å samle inn og oppbevare opplysninger også for ungdom som ikke hadde samtykket i henvisning til PHBU, har også hatt betydning. 18 av 19 ungdommer i institusjonen ble utredet i løpet av det halvåret prosjektgruppa var operativ. Prosjektgruppa kartla både psykiske symptomer og livskvalitet hos ungdommene, og både ungdom og kontaktperson på institusjonen fylte ut skjema, samt at kontaktpersonen ble intervjuet. Prosjektgruppa rapporterer at de fikk verdifull informasjon ved å fokusere på mer enn symptomer, ved at mestring og ønsker med livet kom tydeligere fram og kunne brukes i utviklingen av tiltak. Kartleggingen ble foretatt av den som står ungdommen nærmest på institusjonen, med veiledning fra prosjektgruppa. Dette, i tillegg til at ungdommen selv bestemte når og hvor kartleggingen skal foregå, kan forklare den høye svarprosenten. Systematiske data om symptomer og livskvalitet kan brukes til å måle endringer over tid ved at de samme skjema fylles ut på nytt seinere.

Pilotprosjektet i Sykehuset Østfold HF var mottaker for alle henvisninger fra barneverninstitusjoner til PHBU. Prosjektet viser at det foreligger et behov for å tilrettelegge henvisningsrutinene, ha kort responstid for oppstart av tilbudet samt å sikre et sammenhengende tilbud og ha spesialisert kompetanse for utredning og behandling. Tilbudet bør kunne tilrettelegges på ungdommens egen arena. Arbeidsformen bør derfor være ambulant og tilgjengelig, og ha en fleksibilitet som kan gi mulighet for å fange opp særlige behov og tilpasse et tilbud gjennom «skreddersøm». Det bor omkring 150-170 ungdommer på barneverninstitusjoner i Østfold. I perioden juni 2016 – mars 2017 mottok prosjektet 25 henvisninger, noe som ikke er en økning sammenlignet med antall henvisninger til PHBU året før. I tillegg mottok ca. 30 ungdommer et tilbud fra lokal poliklinikk i samme periode.

Prosjektgruppen erfarte at antallet henvisninger og innholdet i helsehjelpen i stor grad var avhengig av samarbeidet en klarte å etablere med institusjonene. Til sammen har prosjektgruppen fått henvist 35 pasienter som har inngått i prosjektet, I fase 2 fikk teamet henvist 11 av 12 ungdommer som har bodd på de tre barneverninstitusjonene en da hadde tettere samarbeid med.

7.3 Barn får den helsehjelpen de har behov for

Ut fra pilotprosjektene er det primært mulig å svare på om barna/ungdommene kommer i gang med den helsehjelpen en har vurdert at de kan ha behov for ut fra utredning som er gjort. Rapportene viser at dette i hvert fall skjer for en del av ungdommene.

Det er vanskeligere å svare på hvordan behandling og oppfølging gjennomføres over tid, og om hvor stor nytte de har hatt av den helsehjelpen de har fått. Rapportene beskriver delvis framgang og bedring for en del av ungdommene som har mottatt helsehjelp gjennom samarbeidet i pilotprosjektene. Men det kommenteres i rapportene at dette er et punkt som er vanskelig å besvare av to grunner: På grunn av de langvarige og komplekse problemene mange ungdommer har, vil det vanligvis ta lang tid å oppnå bedring av betydning. Det er derfor begrenset hvor mye bedring en kan forvente innen den avgrensede prosjekttiden. Den andre grunnen til at det er vanskelig å svare sikkert på dette spørsmålet, er at årsaksforhold ved eventuell bedring kan være vanskelig å fastslå når det har vært arbeidet med mange tiltak i samme tidsrom.

Samtidig er det betydningsfullt i seg selv at ungdommene opplever å bli tatt på alvor og at tiltakene som settes i verk er meningsfulle for dem. Dette kan også være med på å danne grunnlag for et tillitsforhold med behandlere, som i neste omgang kan føre til helsehjelp som tydeligere svarer på ungdommens utfordringer. Helsehjelp må her forstås i vid betydning. Det kan være at en endring i sosiale eller praktiske forhold (f.eks. å få en hund) kan ha stor betydning for helse og livskvalitet. Det er viktig at barna/ungdommene også får uttale seg om de har fått nødvendig og riktig helsehjelp.

Henvisninger til PHBU i Innlandet er vurdert i tråd med prioriteringsveilederen og satt på venteliste ut fra anbefalinger. Styringsgruppa i prosjektet mener at disse ungdommene ikke bør vente, men de har ikke nådd fram med dette til de ulike poliklinikkens inntaksteam. De som ikke ønsket henvisning til PHBU fikk det tilbudet barneverninstitusjonen gir, eventuelt supplert med veiledning og konsultativ bistand fra PHBU. Innhenting av opplysninger i slutten av prosjektperioden tyder på at flere ungdommer får behandling ved BUP nå. Det er sannsynlig at en vil kunne nå flere ungdommer når en har jobbet på denne måten over lengre tid.

En utfordring som også nevnes i noen sammenhenger, er at ungdommer kan være i en situasjon som gjør det vanskelig for dem å ta imot eller ha nytte av behandling ved PHBU. Dette kan skyldes spesielle problemer de har, pågående saker eller andre forhold. Helsehjelp og annen støtte må først og fremst tilpasses de mest aktuelle behov, og kan så endres etter hvert som situasjonen endres.

7.4 Tilgang til behandling uavhengig av omsorgssituasjon

Begrensninger i tilgang til utredning eller behandling på grunn av uavklart omsorgssituasjon syntes å være et problem for noen år siden, men dette ser ikke ut til å ha vært et problem av betydning i pilotprosjektene. Det punktet har vært tatt med i pilotprosjektenes samarbeidsavtaler og retningslinjer, og det rapporteres om at disse stort sett følges.

7.5 Skifte av oppholdssted fører ikke til brudd i oppfølgingen

Målet om å hindre brudd i oppfølging av barn/unge fra barnevern og/eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted er et av de overordnede målene i prosjektet.

Det er nevnt i rapportene at ungdommene ved barneverninstitusjonene ofte har en lang historie med skifte av oppholdssted, og at dette ofte også er en del av deres situasjon når tjenestene skal samarbeide om å hjelpe dem. Dette punktet er med i samarbeidsavtaler i pilotprosjektene, og det har vært mye arbeid med å sikre best mulig forberedelse og overlapping i forbindelse med skifte av oppholdssted. Men ustabilitet i ungdommenes livssituasjon er ofte et problem og en utfordring selv om det arbeides med å begrense dette og med å forebygge uheldige virkninger.

En av utfordringene er hvis en part glemmer å informere en annen om en forestående flytting, slik at PHBU f.eks. først merker endringen ved at ungdommen uteblir fra avtalte timer. Et viktig moment er derfor å sikre tidlig informasjon om flytting, slik at en kan avklare overføringer av kontakt med både ungdommen og andre involverte, og forberede og tilrettelegge overlappinger og andre tiltak.

Selv om både PHBU og barneverninstitusjoner er klar over slike utfordringer, skjer det for en del ungdommer. Pilotprosjektene har derfor en del negative erfaringer med hvordan flyttinger påvirker hva slags hjelp en kan gi. Men de har også gode erfaringer med å medvirke til gode løsninger og gode overganger.

7.6 Kontinuitet sikres fra alle instanser

I rapportene er dette i begrenset grad omtalt utførlig utover at tjenestene som samarbeider er opptatt av å sikre best mulig kontinuitet, selv om dette kan være vanskelig for en del av ungdommene. Dette punktet er forøvrig et mer generelt punkt som primært dekker de to mulige årsakene til kontinuitetsbrudd som er omtalt ovenfor, og som en oftest tenker på som kontinuitet i relasjoner.

Som nevnt i kapittel 3.3 er det flere aspekter ved kontinuitet. Pilotprosjektene har blant annet prøvd ut modeller for tett samarbeid om å gjennomgå og sammenstille informasjon fra dokumenter i barnevernet, helsetjenestene og andre kilder for å skape kontinuitet i ungdommens historie og situasjon. Det er også nevnt eksempler på at ungdommer har opplevd dette som svært positivt.

Et annet sentralt aspekt i kontinuitet som pilotprosjektene har hatt fokus på, er kontinuitet og konsistens i hvordan ungdommene forstås, møtes og behandles. Samarbeid og økt felles kompetanse mellom PHBU og barneverninstitusjonene fører til større samsvar i holdninger og handlinger, slik at ungdommene ikke dras mellom ulike tilnærminger. Både samarbeidsmøter, veiledning og felles fagdager har ifølge pilotprosjektene rapportering bidratt til opplevelse av mer felles kompetanse.

8 Forslag om en felles modell for bruk i hele landet

Dette kapitlet inneholder de anbefalinger og råd som det er bedt om i følgende to hovedpunkter i kontrakten med Helsedirektoratet om denne evalueringen:

- *Rapporten skal gi noen anbefalinger på hvordan man kan sikre styrking av tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg slik at de får den helsehjelp de har behov for.*
- *Rapporten kan inneholde råd om hvordan tjenester i helseforetakene burde utformes med krav til ressurser, organisering og kompetanse.*

Kapitel 8.1 inneholder en presisering av hvem som anses som de mest sårbare og utsatte barna. Kapitel 8.2 gir en oversikt over forslaget til en felles modell, og kapitlene 8.3-8.5 beskriver elementene og prinsippene for henholdsvis organisering, ressurser og kompetanse i en modell for hvordan en best kan fange opp og følge opp barnas og ungdommenes behov for hjelp. Behov og mulighet for lokale tilpasninger er omtalt, og det vises også til prosedyrer fra pilotprosjektene som kan være gode utgangspunkter for felles prosedyrer.

Utviklingen av en modell for bruk i hele landet har vært hovedintensjonen ved prosjektet og pilotprosjektene, og modellen i dette kapitlet bygger på utprøvingen i prosjektet og pilotprosjektene og de erfaringene som disse har gjort. Flere elementer i modellen har vært prøvd ut i alle de tre pilotprosjektene, og noen elementer har blitt prøvd ut i litt ulike varianter. Denne variasjonen har delvis sammenheng med hvor stor del av tjenestene en har inkludert i utprøvingen, og hvor detaljert og spesialisert tiltakene har vært definert. Pilotprosjektene arbeid og erfaringer er dokumentert i pilotprosjektene rapporter, og disse vurderes til å gi et tilstrekkelig og samstemt grunnlag for utformingen av et forslag om en modell som kan brukes i hele landet. Variasjonene og erfaringene i pilotprosjektene gir også et visst grunnlag for rom for lokale tilpasninger.

Hovedprinsippene i modellen er i samsvar med hva som ser ut til å være de viktigste prinsippene i effektiv og god samhandling ut fra internasjonal forskning på samhandling.

8.1 Identifisering av de mest sårbare og utsatte

Alle barn og ungdommer som er på barneverninstitusjoner i kortere eller lengre tid er sårbare og utsatte, og har behov for hjelp. Ut fra den nasjonale undersøkelsen og erfaringene i pilotprosjektene kan de mest sårbare og utsatte identifiseres på følgende måter:

- Grundig utredning med systematisk gjennomgang av all informasjon og bruk av måleverktøy for å oppdage alvorlighetsgrad av problemer og udekkede behov for oppfølging og hjelp.
- Sikring av at de som ikke ønsker henvisning til PHBU også utredes og får kartlagt alvorlighetsgrad av problemer og udekkede behov for oppfølging og hjelp.
- Ekstra fokus på situasjon og behov hos gutter, siden de i mindre grad henvises og mottar hjelp, selv om det er vist at de like alvorlige problemer og like stort behov for hjelp som jenter har.
- Det må alltid sikres at barnets/ungdommens egen beskrivelse av sin situasjon og sine ønsker blir hørt og tillagt avgjørende vekt, for det gjelder deres liv, og forutsetningene for å lykkes er at tjenestene kan bidra inn i et felles prosjekt som barnet/ungdommen er med og definerer.

8.2 Oversikt over forslaget til felles modell

Oversikt over forslag til felles modell for helsehjelp i barneverninstitusjoner
Målgruppe: Barn og ungdom i barneverninstitusjoner (særlig de mest sårbare og utsatte)
Organisering (se kapittel 8.3)
Samarbeidsavtaler og samarbeidsteam <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsavtale mellom PHBU og barneverninstitusjoner • Organisering av samarbeidsteam • Barnevernansvarlig i PHBU og helseansvarlig i barneverninstitusjoner
Felles retningslinjer med prosedyrer for samarbeidet <ul style="list-style-type: none"> • Forpliktende retningslinjer og prosedyrer for samhandling • Prosedyrer for løsning av problemer og eventuelle konflikter • Standarder følges for utredninger og samarbeid om utredninger • Resultatmålinger brukes også til regelmessig evaluering av virksomheten
Samarbeidsmøter med spesifisert struktur og innhold <ul style="list-style-type: none"> • Regelmessige felles samarbeidsmøter mellom barneverninstitusjon og PHBU • Samarbeidsmøtene holdes vanligvis på barneverninstitusjonen • Hovedinnholdet i samarbeidsmøtene er gjennomgang av status for ungdommene • Individuelt tilpasset oppfølging/monitorering ut fra alvorlighetsgrad og behov • Det tilstrebes at ungdommen er tilstede på gjennomgangen
Tiltak og oppfølging for alle barn og ungdommer i barneverninstitusjonen <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid om henvisning til PHBU og om prioritering av inntak i PHBU • Samarbeid om utarbeiding av en individuell plan for hver ungdom • Sikring av varighet og kontinuitet i behandling og oppfølging • PHBU veilede barneverninstitusjonen i oppfølging av ungdom med psykiske problemer
Samarbeid med lokalt barnevern, familie/nettverk og kommunale instanser <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med det lokale barnevernet som har omsorgen • Samarbeid ved overføring til fosterhjem • Ungdom som nøkkelperson i samarbeidet
Lederforankring og lederinvolvering <ul style="list-style-type: none"> • Forankring hos øverste leder hos hver part • Aktiv vedvarende lederinvolvering, oppfølging og deltakelse i møter • Prosedyrer for å løse problemstillinger og konflikter
Ressurser (se kapittel 8.4)
Sikre nødvendige ressurser for gjennomføring av modellen <ul style="list-style-type: none"> • Nødvendig med mer ressurser for å sikre helsehjelp til de mest sårbare. • Avklare og formidle ressursbehov og bruk av ressurser • Sikre nødvendig prioritering og tilrettelegging av ressurser
Sikre varighet og kontinuitet i tiltak og oppfølging <ul style="list-style-type: none"> • Sikre varighet og kontinuitet i oppfølging uavhengig av omsorgssituasjon • Sikre nødvendig overlapping i kontakt der brudd i kontakt ikke kan unngås • Fremme plassering innen samme område for å ivareta kontinuitet mest mulig
Kompetanse (se kapittel 8.5)
Sikre nødvendig kompetanse hos alle i hver part for de oppgavene de har <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av økt kompetanse i barneverninstitusjonen • Utvikling av økt kompetanse i PHBU
Utvikling av felles kompetanse, gode relasjoner og samarbeidskompetanse <ul style="list-style-type: none"> • Bygge samarbeidsrelasjoner og samarbeidskompetanse • Organisere felles fagdager for bygging av kompetanse som er felles for partene

8.3 Organisering

Samarbeidsavtaler og samarbeidsteam

- Samarbeidsavtale mellom PHBU og barneverninstitusjoner. I henhold til rundskriv om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester pkt. 3.4 bør det inngås en skriftlig samarbeidsavtale mellom PHBU og hver barneverninstitusjon.
- Organisering av samarbeidsteam. PHBU i hvert helseforetak må ut fra lokale forhold og i samråd med barneverninstitusjonene ta stilling til antall samarbeidsteam som skal organiseres for samarbeid og felles utredning og oppfølging av barn og unge, og om et samarbeidsteam skal dekke en eller flere barneverninstitusjoner (jfr. forskjellene i modellene i Innlandet og Østfold). Forankring i PHBU bør være geografisk nær nok barneverninstitusjonene til at en kan bygge opp og ivareta tilgjengelighet, kontinuitet og relasjoner i samarbeidet.
- Barnevernansvarlig i PHBU og helseansvarlig i barneverninstitusjoner. Nøkkelpersoner i samarbeidsteamet er barnevernansvarlig i PHBU og helseansvarlig i barneverninstitusjon. Disse har spesifiserte roller og funksjoner ut fra nasjonale funksjonsbeskrivelser og retningslinjer for begge disse funksjonene (16) (17). Nødvendig antall stillinger (heltid/deltid) for personer med disse funksjonene og for andre fagfolk som bør være med i samarbeidsteamet, vil avhenge av hvordan samarbeidsteam organiseres.

Felles retningslinjer med prosedyrer for samarbeidet

- Forpliktende retningslinjer og prosedyrer for samhandling. PHBU og barneverninstitusjonen følger felles retningslinjer (prinsipper) og prosedyrer (arbeidsmåter og rutiner) for samarbeidet. Om slike ikke gis av sentrale myndigheter, utformes de av partene i en felles prosess slik at begge parter har et eierforhold til retningslinjer og prosedyrer. Retningslinjer utviklet i pilotprosjektene kan brukes som utgangspunkt og tilpasses. Retningslinjene gjennomgås i felleskap minst annet hvert år og justeres ved behov.
- Prosedyrer for løsning av problemer og eventuelle konflikter. Retningslinjene bør inneholde beskrivelse av prosedyrer for løsning av problemer og eventuelle konflikter.
- Standarder følges for utredninger og samarbeid om utredninger. Utredning av barn/ungdom må være grundig og systematisk ut fra en mal om hvilke områder som alltid bør dekkes. Men den må også tilpasses de spesielle forhold som gjelder den aktuelle ungdommen eller situasjonen. Utredningen bør inkludere en grundig felles gjennomgang av ungdommens livshistorie og alle relevante journaler og rapporter fra barnevern, helsetjenester og andre instanser. Slik gjennomgang gjøres av barnevernansvarlig og helseansvarlig sammen. Det bør også brukes spørreskjema og andre måleinstrumenter om livskvalitet, psykisk helse og andre tema som skal kartlegges. Det bør være en konsistent bruk av de samme instrumentene over tid og for ulike ungdommer, både for at en skal kunne måle og dokumentere endringer over tid (som også kan formidles til ungdommen) og utvikle økt kompetanse i å bruke instrumentene og tolke resultatene. PHBU er hovedansvarlig for utredning av ungdom som har samtykket til henvisning til PHBU.
- Resultatmålinger brukes også til regelmessig evaluering av virksomheten. Oppsummering av resultater fra resultatmålinger for hele gruppen av ungdommer bør brukes aktivt som ledd i årlig evaluering av tilbudet som gis, og i drøftinger av mulige forbedringer. Det tilstrebes bruk av de

samme måleinstrumenter på tvers av helseforetak og institusjoner for å muliggjøre sammenligninger på tvers av områder og få nasjonale data som kan følges over tid.

Samarbeidsmøter med spesifisert struktur og innhold

- Regelmessige felles samarbeidsmøter mellom barneverninstitusjon og PHBU. Regelmessige samarbeidsmøter for samarbeidsteamet og andre defineres i samarbeidsavtale og retningslinjer for samarbeidet. Det bør defineres målsettinger, hyppighet (primært hver annen uke, oftere med akutteneheter), faste deltakere og hvem som innkalles ved behov. Struktur og gjennomføring av samarbeidsmøtene bygger på maler fra sentrale myndigheter, eller i mangel av slike på maler som partene utformer selv. Maler utformet i pilotprosjektene kan brukes og tilpasses.
- Samarbeidsmøtene holdes vanligvis på barneverninstitusjonen. Grunnen til dette er at fagfolk fra PHBU kan være lett tilgjengelig for ungdommer som ikke har gitt samtykke til henvisning til PHBU, men som kan tenke seg å prate litt uformelt med noen fra PHBU når de er der. Dette er et viktig punkt for å kunne lykkes med å nå de som er mest sårbare og kan ha stort behov for helsehjelp.
- Hovedinnholdet i samarbeidsmøtene er gjennomgang av status for ungdommer. Veiledning av ansatte ved institusjonen kan også være en del av møtet eller gjøres i tilslutning til møtet. Det er viktig at ledere eller fagfolk som deltar i møtet har myndighet til å ta beslutninger i saker som drøftes.
- Individuelt tilpasset oppfølging/monitorering ut fra alvorlighetsgrad og behov. Samarbeidsteamet skal ved regelmessige gjennomganger holde en løpende oversikt over oppfølging, utvikling og forløp for alle ungdommene ved barneverninstitusjonen, også av ungdom som ikke ønsker henvisning til PHBU og som derfor bare kan drøftes anonymt. En må sikre at alle blir tenkt på og ingen blir glemt. Hyppighet for drøfting kan variere avhengig av utvikling og behov, gjerne ved inndeling etter tre grader av behov slik det ble gjort i pilotprosjektet i Akershus (grønn gruppe har fungerende opplegg, gul gruppe har noe behov, rød gruppe trenger intensivt opplegg).
- Det tilstrebes at ungdommen er til stede på gjennomgangen.

Tiltak og oppfølging for alle barn og ungdommer i barneverninstitusjonen

- Samarbeid om henvisning til PHBU og prioritering av inntak i PHBU. Partene bør samarbeide om henvisning til poliklinisk behandling eller opphold i PHBU, og om vurdering av hva som anses som ønskelig tilbud. Samarbeidet mellom PHBU og barneverninstitusjon bør ha prosedyrer som bidrar til at ungdommer som har stort behov for hjelp kan komme i gang med det når muligheten er der. Mange ungdommer ved barneverninstitusjoner er blant de mest forsømte når det gjelder helsehjelp. Lang ventetid for inntak til utredning eller behandling i PHBU vil være en utfordring når muligheten for å få til et samarbeid med ungdommene fort kan forsvinne igjen om det går lang tid fra ungdommen har samtykket i henvisning til inntaket i PHBU skjer.
- Samarbeid om utarbeiding av en individuell plan for hver ungdom. Samarbeidet om utredning gir et godt samlet grunnlag også for å utarbeide en individuell plan for helsehjelp og annen hjelp til ungdommen. For ungdommer som ikke har gitt samtykke til et slikt samarbeid, kan deres sak i første omgang drøftes som en anonym sak. Når ungdommen er i barneverninstitusjon, er det naturlig at kommunikasjonen i hovedsak går mellom personell der og ungdommen, og at

helsetjenesten er tilgjengelig og fleksibel for å yte helsehjelp når ungdommen åpner for det. Det er behov for en juridisk vurdering av hva som er mulig innenfor samtykkelovgivningen. Barneverntjenesten i kommunen har ansvar for å utarbeide individuell plan i henhold til barnevernloven § 3-2a, og må samarbeide med institusjonen der ungdommen er om dette arbeidet.

- Sikring av varighet og kontinuitet i behandling og oppfølging. Ungdom ved barneverninstitusjoner har ofte omfattende problemer og en komplisert og traumatisk bakgrunn med ulike påkjenninger og mye brudd i kontinuitet. De trenger derfor god behandling og hjelp over lang tid (ofte mange år) for å få et bedre liv. Behandling og oppfølging må derfor gis uavhengig av om omsorgssituasjonen er avklart, og en må sikre kontinuitet og gode overganger i kontakt og hjelp ved skifte av bosted.
- PHBU veilede barneverninstitusjonen i oppfølging av ungdom med psykiske problemer. Ungdom som ikke samtykker i henvisning til PHBU har likevel ofte psykiske problemer som de trenger hjelp med. PHBU bør tilby regelmessig veiledning til personale ved barneverninstitusjonen som har kontakten med disse ungdommene.

Samarbeid med lokalt barnevern, familie/nettverk og kommunale instanser

- Samarbeid med det lokale barnevernet som har omsorgen. Samarbeid med det lokale barnevernet, familie/nettverk, fastlege og andre kommunale/lokale instanser er viktig ved helsehjelp til ungdom med alvorlige og store problemer og utfordringer. Det er det lokale barnevernet som har et ansvar for ungdommer som er på barneverninstitusjoner. Det er derfor viktig å ha kontakt med og samarbeide med barnevernet som en del av det samlede samarbeidet. Det bør være prosedyrer for å sikre dette og bidra til å bygge og sikre nettverk for ungdommene.
- Samarbeid ved overføring til fosterhjem. De ungdommene som overføres fra barneverninstitusjon til fosterhjem, må sikres kontinuitet når det gjelder oppfølging både fra barnevern og PHBU, eller ved overføring til kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante tjenester. Samarbeid med lokal skole ved overføring til fosterhjem bør også sikres med systematikk og rutiner.
- Ungdommen som nøkkelperson i samarbeidet. Ved overføring til fosterhjem bør fosterhjem og/eller avlastningshjem og ungdommen selv inngå i samarbeidsteamet med de to tjenestene. Dette vil bidra til å unngå flere relasjonsbrudd.

Lederforankring og lederinvolvering

- Forankring hos øverste leder hos hver part. Samarbeidet forankres hos øverste leder hos hver part, som ved beslutning og undertegning av samarbeidsavtalen er overordnet ansvarlig for gjennomføringen.
- Aktiv vedvarende lederinvolvering, oppfølging og deltakelse i møter. Aktiv vedvarende lederinvolvering i samarbeidet sikres ved regelmessig deltakelse av ledere i samarbeidsmøter, og ved at ledere tilrettelegger for samarbeidet og følger aktivt opp. Operative ledere bør delta regelmessig i samarbeidsmøtene, både fordi de kan være mer stabile enn medarbeidere som er i turnus og dermed kan bidra til å sikre kontinuitet, og fordi myndighet til å ta beslutninger som forplikter enheten ofte er viktige i saker som er oppe i samarbeidsmøter.

8.4 Ressurser

Sikre nødvendige ressurser for gjennomføring av modellen

- Nødvendig med mer ressurser for å sikre helsehjelp til de mest sårbare. Gjennomføring av den nasjonale modellen vil kreve endringer av nåværende arbeidsmåter. Den vil også medføre en økning i arbeid hos begge parter, både ved nye arbeidsoppgaver og ved at en i større grad enn før vil utrede og følge opp også ungdommer som ikke har samtykket til henvisning til PHBU.
- Avklare og formidle ressursbehov og bruk av ressurser. Hver part må ut fra lokale forhold og beslutninger om organisering utrede endringer i ressursbehov ut fra behov for personell på heltid og deltid, oppgaver, nødvendige reiser og andre forhold. Rapporteringer fra slike utredninger og fra regelmessige evalueringer bruk av ressurser på gjennomføringen av modellen, er viktige for å få kunnskap om hva som kreves og behov for eventuelle justeringer ut fra erfaringer.
- Sikre nødvendig prioritering og tilrettelegging av ressurser. Innen de rammer som er gitt (inkludert eventuelle endringer i rammer) må det hos hver part gjøres konkrete tildelinger av funksjoner og oppgaver, og prioriteringer i forhold til andre oppgaver.

Sikre varighet og kontinuitet i tiltak og oppfølging

- Sikre varighet og kontinuitet i oppfølging uavhengig av omsorgssituasjon. Sikring av nødvendig varighet og god kontinuitet i oppfølging krever både prioritering av ressurser og av hvem som skal ivareta oppgaver i forhold til den enkelte ungdom.
- Fremme plassering innen samme område for å ivareta kontinuitet mest mulig. Begge parter må bidra aktivt til at geografisk plasseringer av barn/ungdom tar hensyn til kontinuitet i viktige relasjoner.
- Sikre nødvendig overlapping i kontakt der brudd i kontakt ikke kan unngås. Når det må skje overføring av kontakt til andre for videre oppfølging, må en god overgang tilstrebes ved felles møter med ungdommen, eventuell overlapping av kontakt, grundig informasjonsformidling og andre aktuelle tiltak.

8.5 Kompetanse

Sikre nødvendig kompetanse hos alle i hver part for de oppgavene de har

- Utvikling av økt kompetanse i barneverninstitusjonen. PHBU kan gjennom samarbeid, veiledning, hospitering og undervisning bidra til økt kompetanse i barneverninstitusjonen om barns utvikling og psykiske lidelser. Det må gis opplæring i bruk av utredningsprosedyrer og måleinstrumenter som skal brukes i institusjonen.
- Utvikling av økt kompetanse i PHBU. Barneverninstitusjonen kan gjennom samarbeid, hospitering og undervisning bidra til økt kompetanse i PHBU om barnevernet, situasjonen til barn og ungdom i institusjoner, og om hvordan en vurderer og arbeider i barnevernet. Det må gis opplæring i bruk av utredningsprosedyrer og måleinstrumenter som skal brukes i PHBU.

Utvikling av felles kompetanse, gode relasjoner og samarbeidskompetanse

- Bygge samarbeidsrelasjoner og samarbeidskompetanse. Gjennom aktivt og likeverdig samarbeid og gjensidig hospitering vil en både bli kjent med hverandre og utvikle relasjoner som bedrer samarbeidet, og utvikle felles kompetanse i hvordan en best kan gjennomføre et godt samarbeid. Dette gjelder også partenes samarbeid med den enkelte ungdom.
- Organisere felles fagdager for bygging av kompetanse som er felles for partene. Samarbeid og felles kompetansebygging kan bidra til økt felles faglig kunnskap og kjennskap til hverandres kompetanse og arbeidsmåter, og til å få et felles språk og en felles forståelse og strategi for de problemene en samarbeider om og hva som kan være gode løsninger og bidrag.

8.6 Videre arbeid med forslaget til en felles nasjonal modell

Det er selvsagt mange instanser og interessenter som må delta i det videre arbeidet med utforming og konkretisering av en felles nasjonal modell for bruk i hele landet. Dette vil inkludere erfaringer fra de tiltak som er igangsatt, andre utprøvinger og prosjekter om slikt samarbeid, og erfaringer fra løpende samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjoner over hele landet.

I pilotprosjektet i Sykehuset Innlandet HF, som prøvde ut å implementere modellen i alle tjenestene, var det en viktig erfaring at involvering av alle parter i samarbeidet om å utforme retningslinjer og prosedyrer førte til lokalt eierskap og motivasjon for gjennomføring. Ved gjennomføring av en felles nasjonal modell i hele landet, bør det også gis rom for slike lokale prosesser som sikrer lokal motivasjon og lokal tilpasning for aspekter der dette anses som viktig eller nødvendig.

Det vil ha stor betydning at myndighetene arbeider med å avklare og løse de juridiske, etiske og organisatoriske utfordringene som pilotprosjektene erfarte og som er omtalt i kapittel 8.7, slik at en rydder unna slike hindringer for muligheten til å kunne gi nødvendig helsehjelp til de mest sårbare og utsatte ungdommene som trenger det mest.

Det vil også være nødvendig å arbeide med å estimere best mulig hvilke ekstra ressurser som vil være nødvendige for å kunne implementere en felles nasjonal samarbeidsmodell. Slike estimater må bygge på mer data enn det som var tilgjengelig fra pilotprosjektene. Det er viktig at en beslutning om å implementere en nasjonal samarbeidsmodell også medfører tilførsel av de ressurser som er nødvendige. I det videre arbeidet med å ferdigstille utarbeidingen av en nasjonal modell, må det derfor beregnes og spesifiseres ressursbruk. Man bør ta høyde for lokale tilpasninger, inkludert ulikt ressursbehov avhengig av antall institusjoner og ungdommer per område, samt alvorlighetsgrad og særskilte behov hos ungdommene som inkluderes. En må sikre bemanning, rutiner, kompetanse og kapasitet som ivaretar både lederforankring, implementeringsstøtte, organisering og gjennomføring. I tillegg til personalressurser, må det beregnes ressurser til oppbygging og vedlikehold av felles kunnskap og kompetanse mellom samarbeidspartene. Felles møteplasser og- fagutvikling har vært pekt på som essensielt av alle pilotprosjektene.

8.7 Aktuelle problemstillinger og dilemma

Pilotprosjektene har erfart at det har oppstått ulike problemstillinger og dilemma underveis. Det dreier seg om faglige, juridiske og etiske problemstillinger eller dilemma. I en del tilfelle var disse nøye knyttet sammen, som i flere av erfaringene som gjengis her.

Selv om lovverket har forrang i avgjørelser som skal tas, kan det likevel oppstå dilemma i hvordan en håndterer situasjoner, både ut fra ulike faglige vurderinger og/ eller ut fra hvilke etiske retninger en støtter seg på.

Tilbud til de som ikke ønsker helsehjelp

Pilotprosjektene har vist at etiske og juridiske problemstillinger knyttet til taushetsplikt vs. adgang til deling av informasjon og regler om samtykke er elementer som kan vanskeliggjøre tilgang til og forutsigbart arbeid med ungdommene.

Det har stor betydning å fange opp alle sårbare ungdommer i barneverninstitusjoner. Et delprosjekt erfarte behov for konsesjon fra Datatilsynet, for å kunne kartlegge og oppbevare dokumentasjon, for å sikre at alle ungdommene ble fanget opp. Dette for å inkludere også de ungdommene som ikke gir samtykke til oppfølging av eller henvisning til helsetjenesten. Det vil ikke være aktuelt med konsesjon fra Datatilsynet i en nasjonal modell. Det kan derfor være grunn til å se nærmere på om det er behov for regelendringer.

Dersom ungdommen (som har samtykkerett dersom over 16 år, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, første ledd, bokstav b) ikke gir samtykke til at helsetjenesten (helseforetaket) får opplysninger, har pilotprosjektene positive erfaringer med å drøfte problemstillinger anonymt. Dette kan bidra til at personalet i barneverninstitusjonen kan få drøftet med helsepersonell hvordan de kan bidra til å ivareta ungdommens psykiske helse samtidig som ungdommen kan få tid og nødvendig distanse til å gjøre seg kjent med hva helsetjenesten kan tilby (12). Videre kan personell ved barneverninstitusjonen få et bedre grunnlag for å oppmuntre ungdommen til å motta bistand fra helsetjenesten. Pilotprosjektene erfarte at flere ungdommer etter hvert samtykket til helsehjelp når helsepersonell brukte tid og tilstedeværelse for å komme i kontakt med ungdommene. Dette resulterte blant annet i at ungdom ga tillatelse til at PHBU veiledet personalet på institusjonen. At man brukte tid på komme i kontakt, viser at dette samtidig er nært knyttet til neste punkt om å opparbeide tillit. Det er likevel et spørsmål om hva som skal anses som et endelig avslag om samtykke fra en ungdom. Det er behov for en juridisk vurdering av hva som er mulig innenfor samtykkelovgivningen.

Opparbeide tillit

Erfaringene fra prosjektene viser at en må bruke tid på å utvikle tillitsforhold til ungdommer, særlig blant dem som har negative erfaringer fra tidligere møter med helsetjenesten. Her kan det ha stor betydning at man lar ungdommen få tid til å bli kjent med helsetjenestens deltakere ut fra egne premisser, og at de blir lyttet til med tanke på hva de selv mener vil hjelpe. Som tidligere nevnt vil dette kunne føre til at man kommer i posisjon til å yte mer målrettet helsehjelp i neste omgang. Det synes å være en etisk utfordring å imøtekomme ungdommenes reelle behov for tid til å opparbeide tillit til dem som vil hjelpe samtidig som tjenestene har begrenset budsjett.

Faglige dilemma kan oppstå dersom helsepersonellens faglige vurderinger av ungdommens behov for helsehjelp går på tvers av ungdommens og/ eller barneverninstitusjonens vurderinger. Dette vil samtidig ha følger for tillitsforholdet mellom ungdommen, barneverninstitusjonens, og helseforetakets personell, noe som vil være avgjørende for videre progresjon.

Marginalisering av sårbare grupper

Å sikre balanse mellom fagpersoner, ungdommene (og ev fosterhjem/ avlastningshjem der det er relevant eller planlagt), kan være en utfordring når det gjelder samarbeidsarenaer. Ungdommene vil særlig kunne bli marginalisert. Det er også spørsmål om hvem som skal ha siste ord ved uenighet partene imellom, og om hvordan en best kan sikre at ungdommenes erfaringer og kompetanse tillegges stor vekt.

Nyere forskning (1) viste at gutter i langt mindre grad enn jenter fikk hjelp for sine psykiske vansker til tross for at psykiske vansker var jevnt fordelt mellom kjønnene. Dette reiser både etiske, juridiske og faglige problemstillinger. For å imøtekomme guttenes behov ut fra deres forutsetninger synes det avgjørende å finne måter å inkludere guttene på, slik at tilbudet til dem ikke blir dårligere enn det jentene får.

Gitt begrensninger i finansiering av helsetjenester, er det en reell utfordring å oppskalere tilbud til noen sårbare grupper på bekostning av andre. Det er derfor essensielt at en nasjonal modell følges opp med helseøkonomiske analyser, inkludert negative konsekvenser for dem som eventuelt faller utenom tiltaket.

Tid og ressurser til faglig og etisk refleksjon

For fagpersonell og ledelse har regelverk alltid forrang foran andre hensyn, slik at kunnskap om regelverk er en forutsetning for å håndtere problemstillinger som oppstår. Å følge regelverket eliminerer likevel ikke at det oppstår både faglige og etiske problemstillinger eller dilemma. Å belyse og drøfte problemstillingene kan gjøres ut fra felles etisk refleksjonsprosess, noe som antakelig bør inngå systematisk som del av samarbeidet mellom barneverninstitusjonen og helsetjenesten. Det innebærer at virksomhetene bør ha rutiner og kompetanse for (felles) etisk refleksjon.

Både spesialisthelsetjenesten og enkelte kommuner har kliniske etikk-komiteer (KEK) som kan inkluderes der det er behov for å løse etiske dilemma og problemstillinger.

9 Momenter ved eventuell implementering som nasjonal modell

En rekke forhold vil ha betydning for om en eventuell implementering av en nasjonal modell for samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjoner vil lykkes. Dette kapitlet omtaler en del slike faktorer ut fra forskning på implementering.

9.1 Kort om kunnskapsstatus om faktorer av betydning for implementering

Det er ikke plass og rammer i denne evalueringsrapporten for en omfattende gjennomgang av forskningen om implementering, men følgende avsnitt omtaler noen hovedtrekk og viser til noen relevante publikasjoner innen denne forskningen. Det ville være ønskelig å vise til mer spesifikke artikler om forskning på implementering av samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjoner, men vi har funnet lite av det, og forskjeller mellom land i utformingen av slike tjenester gjør det også mer usikkert å sammenligne med forskning gjort i andre land.

En av de mest siterte publikasjonene om faktorer som har betydning for implementering, er en stor oversikt på tvers av mange ulike fagfelt (18). Når det gjelder implementering av tiltak spesifikt for tjenester i helse psykisk helse, fins det en nyere oversikt over viktige strategier (19), og det er også publisert en oversikt over implementering av kunnskapsbaserte praksiser i psykisk helsevern for barn og unge (20). I en Cochrane-review er det oppsummert nyere forskning på skreddersydde intervensjoner (21). Måling av utfall av implementering er også gjennomgått systematisk (22).

Forskning har vist at flere strategier må kombineres både på systemnivå og for klinikere for å oppnå en vellykket implementering av en ny praksis. Rammer for strategier utvikler seg for å strukturere slike kombinerte tilnærminger. Strategier definerer også hva som er viktig i ulike stadier i gjennomføringsprosessen og i forhold til ulike målgrupper. Det er viktig å engasjere ledere på alle nivåer for å være involvert i beslutninger og gjennomføringsprosesser gjennom hele prosessen.

For å endre klinisk praksis må klinikere forstå og bli enige om behovet for å endre praksis og motta tilsyn og tilbakemelding ofte over en viss tid av veiledere som deltar i små gruppediskusjoner på lokalområdet og kommuniserer resultater fra vurderinger og andre relevante tiltak.

I det følgende beskrives områder for implementering av en nasjonal modell, som evalueringsteamet anser essensielle ut fra nevnte kunnskapsbaserte grunnlag for implementering.

9.2 Forutsetninger for implementering i stor skala

En felles satsing

Gjennomføring av en definert praksis som en landsdekkende eller nasjonal modell, forutsetter at det er helsepolitisk, administrativ og faglig samling om dette og om modellen. Dette vil kunne være resultat av en slik prosess som er omtalt i kapittel 8.3 ovenfor, der også brukerorganisasjoner involveres. Fagpersonale som skal praktisere modellen trenger å få et eierforhold til den ved at de involveres i drøftinger om betydningen av satsingen og om eventuelle lokale tilpasninger.

Betydningen av ledelse

Forskning på kvalitetsforbedring og implementering av ny praksis viser at en av de viktigste faktorene for vellykket implementering er at ledere på alle nivå både tar beslutninger og følger opp disse. Oppfølgingen må innebære at leder tilrettelegger for gjennomføringen, sikrer nødvendige ressurser,

stiller krav til operative ledere og fagpersonale i enheter de leder, viser vedvarende interesse for implementeringen, etterspør resultater og deltar i drøftinger om disse og om gjennomføringen.

Nødvendige ressurser

Implementering av en ny samarbeidsmodell vil kreve mer ressurser enn tidligere praksis, både fordi omlegging av praksis krever læring og fokus og energi, og fordi en ny praksis ofte innebærer at arbeidet inkluderer nye elementer og prosedyrer. Behovet for økte ressurser må derfor estimeres, tildeles/sikres og konkretiseres i form av stillinger eller stillingsandeler og plassering av disse.

Nye arbeidsmåter kan også ha positive verdier ved bedre faglig kvalitet og økt tilfredshet med arbeidsoppgaver. En mer systematisk måte å arbeide på kan også føre til at en arbeider mer effektivt og bruker mindre tid og krefter på oppgaver eller arbeidsmåter som er mindre hensiktsmessige. En del av slik omlegging av arbeidet vil kunne være vanskelig å estimere, men vil altså også kunne bestå i å nedprioritere eller slutte med noen arbeidsmåter.

Det er altså viktig å vurdere hva eller hvor mye av implementeringen som krever økte ressurser og hva eller hvor mye som kan bestå i å endre arbeidsmåter med eksisterende ressurser. Selv om det er vanskelig å vite sikkert hvordan denne balansen kan være, er det større sjanse for å vurdere dette jo mer konkret en kan beskrive hvordan arbeidsmåtene skal endres. Økende erfaring med en ny praksis vil bidra til mer kunnskap om hva den krever av ressurser, slik at beregningene av dette kan justeres.

Nødvendige virkemidler

En god og oversiktlig beskrivelse av modellen som skal implementeres er viktig for å få en vellykket implementering. Både ledere og fagfolk som skal arbeide i samsvar med modellen trenger en god forståelse av hva de selv skal gjøre, og hva andre skal gjøre.

Det er også viktig at både ledere og fagfolk forstår behovet for endring og hensikten med ny eller endret praksis. De trenger tid til å sette seg inn i modellen og tid til å diskutere den. Motforestillinger og behovet for lokale tilpasninger må kunne fremmes og drøftes, og de aktuelle endringer i oppgaver og rutiner må drøftes og konkretiseres av dem som kjenner arbeidet godt og skal gjennomføre oppgavene. En modell for samarbeid må ikke bare drøftes hos den enkelte part, men også i fellesskap mellom de tjenestene som skal samarbeide. Det er viktig å få en felles forståelse av samarbeidsmodellen og hvem som skal gjøre hva. Denne diskusjonen er også viktig underveis for å avklare ulike oppfatninger som avdekkes etter hvert som ny eller endret praksis gjennomføres.

Felles fagdager for tjenestene som skal samarbeide viste seg å være et tiltak som ble opplevd som positivt og nyttig i pilotprosjektene. Dersom slike fagdager er felles for flere tjenester innen er område, vil en også kunne lære av hverandre og inspirere hverandre.

Det er ønskelig å utforme relevante evalueringsverktøy som tjenestene kan bruke i sitt arbeid med å evaluere og justere implementeringen samarbeidsmodellen. Dette kan være enkle rutiner der en som en naturlig del av samarbeidet og arbeidet med ungdommene gjør noen registreringer som både bidrar til å sikre at avtalte planer følges opp, og til å få oversikt over gjennomføringen når det er behov for det i felles evalueringer. Det kan også utformes korte spørreskjema til ungdommer og de som deltar i samarbeidet om erfaringer med samarbeidet. Pilotprosjektene har utarbeidet og brukt både rutiner for registrering og spørreskjema som kan være utgangspunkt for utforming av slike evalueringsverktøy som flere kan bruke. Det ideelle vil være om dette er hjelpemidler som oppleves

som meningsfulle og nyttige av de som fyller ut og bruker dem, og at de altså samtidig kan brukes på tjenestenivå som ledd i å kvalitetssikre og videreutvikle samarbeidet.

Implementeringsplan og implementeringsstøtte

Presentasjon av en nasjonal modell fører ikke nødvendigvis til at den blir implementert. Forskningen på implementering viser som nevnt at en rekke strategier og tiltak vil være nødvendige. Det bør derfor også utarbeides en konkret plan for hvordan tjenestene kan lykkes med å implementere modellen. Planen bør inneholde både hva myndighetene gjør, hva ledere skal gjøre og hva fagfolk og ungdommer skal samarbeide om å gjøre. Denne planen bør bygge på et forskningsbasert rammeverk for implementering og presenteres sammen med den nasjonale modellen for samarbeid.

I tillegg til spesifisering av ressurser som tildeles for implementeringen, bør det også tenkes gjennom og konkretiseres hva slags implementeringsstøtte som tilbys. Statlige og/eller regionale myndigheter kan tilby opplæring og veiledning av ledere i hvordan de kan lykkes i å lede implementeringen. Behovene for dette kan variere mellom foretak, institusjoner og avdelinger. Noen kan ha bygget opp kompetanse i forandringsarbeid og har erfaring i hva de skal gjøre for å få til ny eller endret praksis. Andre har kanskje mindre erfaring med dette og trenger mer støtte i en implementeringsprosess. Det samarbeidet som har vært mellom helseetater og bufetater i de seinere årene vil kunne videreføres i arbeidet med å implementere en samhandlingsmodell der er enighet om.

9.3 Utfordringer for implementering i stor skala

Implementering av en ny eller endret praksis skjer ikke automatisk, og det kan ta mange år fra en intervensjon eller arbeidsmåte er dokumentert som virkningsfull til den er blitt vanlig praksis. Det er derfor stor sjanse for en forslått nasjonal modell ikke blir implementert i første omgang.

Det er mange faktorer både på systemnivå og hos individer som kan bidra til manglende implementering. Det er enklest for mange å fortsette å gjøre det de har lært før og er vant til å gjøre. Mange ledere og fagfolk har travle arbeidsdager og har ikke tid til å gjøre noe som de oppfatter vil komme i tillegg til alt de allerede gjør. En rekke av de faktorene som hemmer implementeringen kan være at ledere og fagfolk ikke gjør det de ifølge implementeringsforskningen må gjøre for å lykkes med å endre praksis.

Men det kan også være andre faktorer som hemmer implementeringen. Fagfolk kan være negative til endring i praksis fordi de ikke er enige i at den er ønskelig eller nødvendig, eller de kan oppleve at de ved pålegg om en bestemt praksis fratras sitt faglige ansvar og mulighet til å følge en faglig integritet. Ledere og fagfolk må bruke tid på å lytte til hverandre og drøfte faglige spørsmål, slik at hensikten med endret praksis kan bli klar og alle kan få bedre forståelse og et eierforhold til endringene.

Manglende tilrettelegging av forholdene er også en faktor som ofte hemmer implementering. Det kan være mangel på adekvat materiale, mangel på praktisk tilrettelegging, mangel på tilpasning av forholdet mellom nye rutiner og andre oppgaver som fortsatt skal gjøres, manglende avklaring av hva en skal gjøre mindre av dersom en skal bruke mer tid på nye oppgaver, og andre mangler på systemnivå. Ledere og fagfolk må sammen gå gjennom faglige og praktiske konsekvenser av innføring av en ny praksis, identifisere dilemma som kan oppstå og finne løsninger på disse.

9.4 Eventuell forskningsbasert evaluering av implementering

Dersom det satses ressurser på å implementere en felles nasjonal modell for samarbeidet mellom PHBU og barneverninstitusjoner for å sikre helsehjelp til barn og ungdom i barneverninstitusjoner, er det ønskelig å få svar på i hvilken grad implementeringen lykkes og hvordan utfallet er.

Myndigheter og tjenester kan samarbeide om en evaluering av implementering og utfall på grunnlag av registreringer, rapporteringer og evalueringer som tjenestene gjør selv. Det krever kapasitet og egen kompetanse for gjennomføring av dette.

En systematisk forskningsbasert evaluering gjort ved en ekstern instans med relevant kompetanse vil trolig være mer ønskelig. Den vil blant annet kunne bygge på erfaringene fra dette prosjektet med de tre pilotprosjektene. En forskningsbasert evaluering vil bruke anerkjente metoder fra forskning og evaluering som anses som kjent. Nedenfor omtales det derfor bare noen mer spesifikke momenter.

Utvikling og bruk av relevante evalueringsverktøy og eventuell spesifikk måleskala

Som nevnt ovenfor ville det være ønskelig å utarbeide evalueringsverktøy som tjenestene kan bruke selv i sin løpende evaluering av implementering av modellen og av sin egen virksomhet. En nasjonal evaluering av implementeringen vil også kunne bruke de samme verktøy og/eller aggregerte data som tjenestene selv samler inn og kan oversende til en nasjonal evaluering.

Det er i økende grad utviklet og tatt i bruk måleskalaer (fidelity-skalaer) for å evaluere i hvilken grad en praksis er i samsvar med en kunnskapsbasert modell. Slike evalueringer gjøres primært av eksterne fagfolk som etter et besøk hos tjenesten skårer grad av implementering (samsvar med den kunnskapsbaserte modellen) på grunnlag av intervjuer, observasjoner, gjennomgang av prosedyrer og lesing av journaler. Slike måleskalaer utformes vanligvis slik at implementeringen av hvert element skåres på en skala fra 1 til 5 ut fra spesifikke kriterier. Utvikling og bruk av en slik måleskala med operasjonalisering av spesifikke kriterier kan også bidra til å definere en målbar og dermed også mer tydelig modell. Ut fra kunnskap om tid for gjennomføring av endringer i praksis, er det vanlig å måle fidelity hver 6. måned.

Selv om en eventuell nasjonal modell i første omgang ikke er vist å være kunnskapsbasert, vil utvikling og bruk av en slik måleskala kunne bidra til at en i større grad enn ellers vil vite i hvilken grad en nasjonal modell er gjennomført, og hvilke elementer som er gjennomført i ulike grader. Dersom en også bruker systematiske felles utfallsmål (f.eks. andel ungdommer som er utredet, andel av de med behov som får hjelp, hvordan det går med dem), vil en kunne få kunnskap også om sammenhengen mellom grad av implementering av modellen og utfallet for ungdommene. Dette vil igjen kunne bidra til en endelig modell for kunnskapsbasert praksis.

Mulighet for å evaluere lokale tilpasninger som ledd i evalueringen

Ved en systematisk evaluering vil det også være mulig å inkludere evalueringer av lokale tilpasninger som gjøres. Slik evaluering kan inkludere begrunnelse for slike tilpasninger, hva de består i, hvordan de gjennomføres, og vurdering av hvilken betydning de ser ut til å ha.

En samlet oppsummering av slike lokale tilpasninger vil trolig kunne bidra til bedre forståelse av behovet for lokale tilpasninger, og om det er mønstre i utforming og erfaringer av tilpasninger som kan være til nytte i videre utvikling av modellen under ulike forhold.

Bruk av resultater underveis til eventuell justering av implementering eller modell

En forskningsbasert evaluering som går over lengre tid vil kunne utformes slik at den også kan gi noen midlertidige resultater midtveis eller på et annet tidspunkt underveis, slik at tjenestene kan justere samarbeidsmodellen eller implementeringen ut fra slik tilbakemelding.

En virkningsfull form for tilbakemelding kan være ved bruk av en måleskala (fidelity-skala, se ovenfor) som viser i hvilken grad de ulike elementene i modellen er implementert på et gitt tidspunkt. Ved at tjenestene får en konkret og begrunnet tilbakemelding om sin praksis for hvert element, får de også hjelp til å se hvilke tiltak og endringer de kan gjøre for å øke grad av implementering.

Regelmessig egnevaluering av implementering av modellen

Samarbeidspartene bør regelmessig evaluere samarbeidet og sin implementering av modellen for samarbeid mellom PHBU og barneverninstitusjonen. Dette kan gjøres årlig ved bruk av metoder som gjøres tilgjengelig av en eventuell nasjonal evaluering av implementeringen av en nasjonal modell, men ikke minst ved felles evaluering ut fra vedtatte avtaler og retningslinjer. En slik evaluering bør også inkludere oversikter basert på rutinemessig registreringer av hva som gjøres for hver ungdom og målinger av hvordan utvikling og resultater er. En felles lokal evaluering har som hensikt til å bidra til felles kunnskap om status og til et grunnlag for justeringer av samarbeidet. Som en del av ungdommens egen prosess og utvikling kan det også ha betydning at de selv erfarer å kunne påvirke både prosessen og samarbeidet. Ungdommen kan derfor med fordel også inviteres til å evaluere samarbeid og helsehjelp. Slike lokale evalueringer vil kunne gi verdifulle innspill til videre utvikling av tilbudet.

Referanser

1. Kayed NS, Jozefiak T, Rimehaug T, Tjelflaat T, Brubakk A-M, Wichstrøm L. Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. Resultater fra forskningsprosjektet. Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern. NTNU; 2015.
2. Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet; 2016.
3. Jozefiak T, Kayed NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrom L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(1):33-47.
4. Jozefiak T, Sonnichsen Kayed N. Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:104.
5. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse Negl*. 2015;45:122-34.
6. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14:74.
7. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;190:319-25.
8. Bufdir. Kvalitet i barneverninstitusjoner. Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet; 2010.
9. Lee T, Fouras G, Brown R. Practice Parameter for the Assessment and Management of Youth Involved With the Child Welfare System. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(6):502-17.
10. Tarren-Sweeney M. It's time to re-think mental health services for children in care, and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2010;15(4):613-26.
11. Fossum S, Lauritzen C, Vis SA. Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern - en kunnskapsoversikt. RKBU Nord Rapport 5 2014. Tromsø: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord). UiT Norges arktiske universitet; 2014.
12. Barnevernpanelets rapport 2011. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2011.
13. Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Oslo: Helsedirektoratet rundskriv IS-11/2015, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet rundskriv 21/2015; 2015.

14. Flexhaug M, Noyes S, Phillips R. Integrated models of primary care and mental health & substance use care in the community. Literature review and guiding document. Vancouver: British Columbia Ministry of Health; 2012.
15. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measurement of continuity. Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
16. Helsedirektoratet. Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge 2017
17. Barne- u-of. Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere 2017
18. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL; 2005.
19. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. Medical care research and review : MCRR. 2012;69(2):123-57.
20. Novins DK, Green AE, Legha RK, Aarons GA. Dissemination and implementation of evidence-based practices for child and adolescent mental health: a systematic review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013;52(10):1009-25 e18.
21. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. Cochrane Database Syst Rev. 2015(4):CD005470.
22. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and policy in mental health. 2011;38(2):65-76.

Vedlegg

Sammendrag fra pilotprosjektet i Sykehuset Innlandet HF

Ved prosjektleder Tone Torgersen

Organisering av modellen

Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern etablerte et prosjekt som omfattet hele BUP feltet i SIHF, BUP Døgnavdeling, BUP Oppland og BUP Hedmark. Dette innebar at det samlede polikliniske tjenestetilbudet til barn og unge (BUP Oppland og BUP Hedmark), samt BUP Døgnavdeling ble inkludert på en helhetlig måte. Prosjektet ble forankret i Divisjon psykisk helsevern SIHF ved divisjonsdirektør.

Sykehuset Innlandet HF ønsket å bygge videre på de positive erfaringene som var gjort i samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjonene i vårt opptaksområde.

Det ble arrangert en kick-off samling i forkant av pilotprosjektet, med ledere for alle barneverninstitusjonene i regionen og ledere i alle aktuelle BUP-enheter.

Det ble opprettet barnevernansvarlige i alle deltakende poliklinikker, som skulle samhandle med helseansvarlige i barneverninstitusjoner. For å tydeliggjøre ansvar og oppgaver, ble det utarbeidet funksjonsbeskrivelse for barnevernansvarlige.

Vi brukte tid på å etablere felles forståelse for prosjektet mellom alle berørte aktører, noe som var en viktig faktor for å lykkes. Det ble i fellesskap laget «Samarbeidsavtale» som ble signert av alle lokale ledere, både i barneverninstitusjoner og i de lokale BUP-enhetene. Med utgangspunkt i samarbeidsavtalen ble det laget «Retningslinjer for samarbeid» som beskrev samarbeidet mer detaljert, og skapte en likhet i samarbeidet over hele regionen.

Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre om BUP, som er sendt ut til alle barneverninstitusjoner. Hensikten med brosjyren er at de ansatte ved institusjonen skal ha nok kunnskap til å gi ungdommene ved institusjonen god informasjon om hva BUP er og hva BUP kan tilby.

Gjennomføring

Samarbeidet mellom alle BUP poliklinikker i SIHF og barneverninstitusjonene i deres nedslagsfelt ble på denne måten formalisert, og vi nådde mange institusjoner og mange ungdommer med modellen. Avtalene beskrev hvordan vi skulle sikre at alle ungdommene som bor i barneverninstitusjonene ble spurt om psykisk helse og sikret tilbud om behandling ved behov. Ungdom som trengte og ønsket behandling i psykisk helsevern ble henvist. De som ikke ønsket henvisning til BUP fikk det tilbudet barneverninstitusjonen gir, evt. supplert med veiledning og konsultativ bistand fra BUP.

Det ble gjennomført faste møter mellom BUP poliklinikker og barneverninstitusjonene. Der møttes barnevernansvarlige ved BUP og helseansvarlige ved barneverninstitusjonene i tillegg til lederne i begge virksomheter. Gjennom disse møtene ble BUP og barneverninstitusjonene bedre kjent med hverandres virksomheter. I de månedlige møtene ble ungdommene ved institusjonene drøftet med BUP. Møtene gav også gitt mulighet for drøfting av mer generelle problemstillinger. Barneverninstitusjonene har opplevd det spesielt nyttig å drøfte de ungdommene som ikke allerede var i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer

BUP har gjennom pilotprosjektet fått bedre oversikt over barneverninstitusjonene, og de ungdommene som er plassert der. Oversikten bekrefter at mange av ungdommene har hjelpebehov fra BUP. Erfaringen er at planlagte og regelmessige møter mellom barneverninstitusjoner og BUP er viktig for å avdekke og fange opp dette.

Samarbeidspartnere beskriver lavere terskel for henvendelse til BUP, og klarere linjer mellom BUP og barneverninstitusjoner. Det er enighet om at formalisering av samarbeidet og faste møtearenaer over tid bidrar til å skape gode samarbeidsrelasjoner og bedre kjennskap til hverandres fagfelt. Vi har eksempler på at dette har bidratt til raskere avklaring i vanskelige saker og kriser.

Viktige forutsetninger for å lykkes med modellen er at dette arbeidet prioriteres og følges opp av ledelse både ved BUP poliklinikker og barneverninstitusjonene.

Modellen ble tilpasset akuttinstitusjonene i barnevernstjenesten underveis i prosjektet. Ved disse institusjonene var det behov for hyppigere møter og mer tilgjengelighet fra BUP, fordi ungdommene var der over kortere tid enn i atferdsinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner.

Innhenting av opplysninger i slutten av prosjektperioden tyder på at flere ungdommer får behandling ved BUP nå. Det er sannsynlig at vi vil kunne nå flere ungdommer når vi har jobbet på denne måten over lengre tid.

Å involvere alle parter i arbeidet allerede fra før oppstart, samt å ta med alle parter i utarbeidelse av sentrale dokumenter, var en betydningsfull faktor for å lykkes med igangsetting og gjennomføring av prosjektet. Dette skapte gjensidige forventninger og forpliktelser.

Vi brukte en del tid på å lage skriftlig materiale og forankre prosjektet i første del av prosjektperioden. Tiden for implementering har derfor vært kort. Det er grunn til å tro at det er mulig å hente ut mer av modellen når denne formen for samarbeid fortsetter over tid. Vi har ikke lykkes godt nok med å sikre at avtalen faktisk gjennomføres ved at alle ungdommer får informasjon om BUP i forbindelse med institusjonens inntaksrutiner. Dette må det arbeides videre med.

Henvisninger til BUP er vurdert i tråd med prioriteringsveilederen og satt på venteliste ut fra anbefalinger her. Styringsgruppa i prosjektet tenker at disse ungdommene ikke bør vente, men dette har vi ikke nådd fram med til de ulike poliklinikkens inntaksteam.

Vår modell kan gjennomføres i større skala i andre helseforetak, uten stor bruk av ekstra ressurser. Vi erfarte samtidig at møter på systemnivå ikke er tilstrekkelig. Modellen kan med fordel utvides i retning av de to andre pilotprosjektene modeller for å fange opp flere ungdommer og sikre at de får bistand fra BUP med en tilnærming som er tilpasset deres behov og livssituasjon. Dette vil kreve betydelige ressurser.

Sammendrag fra pilotprosjektet i Akershus universitetssykehus HF

Ved prosjektleder Heidi Svendsen Tessand

Denne rapporten beskriver hvordan fange opp og følge opp barn og ungdom med psykiske problemer som bor på en barneverninstitusjon. Arbeidet er forankret i både psykologfaglig, barnevernfaglig og organisasjonsteoretisk forståelse.

Vi jobber etter LEON-prinsippet - lavest mulige effektive omsorgsnivå – det vil si at vi lager tiltak for å støtte stillaset (nettverket) rundt barna. Vi jobber ambulant og arenaflexibelt med utgangspunkt i ungdommens eget utviklingsprosjekt.

Modellen er en hybrid mellom barnevern og spesialisthelsetjeneste fordi vi har ansatte både fra barnevern og psykisk helsevern i samme team. Dette fordi vi ønsker å gjøre samtidige helse- og omsorgsvurderinger sammen med ungdommen og de som står dem nærmest, for deretter å skreddesy tiltak for at sikre at de treffer godt.

Modellen beskriver hvordan kartlegge, bygge og sikre gode nettverk rundt barn og ungdom som bor på institusjon og tilby pragmatiske tiltak for en svært sårbar og tiltakstrøtt gruppe. Vi bruker validerte spørreskjemaer for å måle livskvalitet og symptomer i oppstart av prosjektet. Denne baselinen kan brukes som sammenligningsgrunnlag ved senere målinger som et forsøk på å finne ut om tiltakene har hatt effekt.

Etter kartleggingen deler vi ungdommene inn i grupper ettersom hvor godt planen for oppfølging virker. I de tilfellene hvor planen har gått i vasken og det ordinære hjelpeapparatet ikke strekker til, tilbyr vi skreddersydde tiltak basert på analyse av all gjeldende dokumentasjon av bakgrunn og tidligere forsøkte tiltak. Deretter bygger vi nettverk rundt ungdommene og behandling til ungdommen hvis de ønsker det. Til slutt lager vi vedlikeholdstiltak slik at stillaset ikke raser når vi trekker oss ut.

De viktigste suksessfaktorene har vært systematisk å fokusere på samarbeidet mellom de ulike aktørene og jobbe etter en bestemt modell for å få dette til slik at hjelpen oppleves helhetlig og koordinert. Ved å benytte en konkret metode for samarbeid (5R) har prosjektet sikret tydelige rammer for samarbeidet, rolleavklaringer, retninger/mål for arbeidet, regler for kommunikasjon og fokus på hvilke relasjonelle utfordringer mellom aktørene som kan være til hinder for samarbeid.

Ungdommene selv har vært med på møter hvor samarbeide og tiltak skal bestemmes og tatt utgangspunkt i egne ressurser, ønsker og behov.

Det har vært av avgjørende betydning å forankre arbeidet både på institusjonen og i den lokale barneverntjenesten som har omsorgen for ungdommen, slik at vi kunne bistå selv hvis ungdommen skiftet oppholdssted.

Fordi alle ungdommene på institusjonen fikk tilbud om kartlegging, ikke bare de som noen var bekymret for, sikret vi at *alle* fikk mulighet til å bli fanget opp og at de ikke «falt mellom stolene». Fordi dette er utenfor BUPs mandat fikk vi konsesjon fra Datatilsynet for å oppbevare dokumentasjonen. Dette kan forstås som en tillatelse til å jobbe i «mellomrommet» mellom barneverntjenesten og BUP, og dette er uvanlig i norsk sammenheng, men som også bidrar til å unngå at noen «faller mellom stolene».

De viktigste forskjellene mellom «ordinært» BUP-arbeid og prosjektarbeid:

- Vi har funnet en måte å kartlegge og gi helsehjelp til en gruppe det vanligvis er svært vanskelig å nå
- Økt metaperspektiv og systematisk brukermedvirkning
- Mye tettere og systematisk samarbeid med barneverntjenesten
- Ansvarliggjøring gjennom å bruke en modell for samarbeid som er evidensbasert
- Tydeligere felles mål
- Større mulighet for skreddersøm pga. fleksible rammer
- Helhetlig oversikt på grunn av mulighet for å lese barnevernmappa

De største utfordringene har vært:

- Å tilegne seg informasjon fra barnevernmappene er krevende og avdekker systemsvikt i tillegg til omsorgssvikt.
- Barneverntjenestene og institusjoner er sårbare for sykemeldinger og utskifting av personalet. En del arbeid kan bli trenert fordi samarbeidsparter ikke er i stand til å utføre sine lovpålagte oppgaver på grunn av altfor høyt arbeidspress.
- Vi måtte søke om konsesjon Datatilsynet for å kunne kartlegge og oppbevare dokumentasjon fra kartleggingen på denne måten da det er utenfor BUPs ordinære mandat. **Det har vist seg å være av avhørende betydning for å fange opp de som ikke ønsker oppfølging eller henvisning til det ordinære hjelpeapparatet.** Men det betyr også at det er en krevende modell å implementere stort (se mer refleksjoner om dette på slutten av rapporten)

Prosjektgruppa mener at denne måten å jobbe på er kostnadsbesparende både for individ og samfunn, og håper at modellen blir testet ut i større skala. Fordi vi har innsamlet data om ungdommens helsetilstand kan det også utvides til et forskningsprosjekt. Vi vurderer høy grad av måloppnåelse på Helse Sør Østs mål for prosjektperioden.

Ungdommene selv sier at det er befriende å få hjelp fra noen som tar utgangspunkt i hva de selv er opptatt av, hvor samarbeidet mellom BUP og barnevern ser ut til å fungere, og at vi kjenner bakgrunnen godt fra før så de slipper å fortelle på nytt og på nytt. De ansatte på barneverninstitusjonen føler seg mye tryggere på samarbeidet med BUP, er fornøyd med at vi er så lett tilgjengelige og oppdatert på ungdommenes historier, og opplever nyttig kompetanseoverføring.

Sammendrag fra pilotprosjektet i Sykehuset Østfold HF

Ved prosjektleder Cecilie Velgaard Andresen

Tilpasninger i henvisningsrutiner/ventelisteordninger

Ungdom i barneverninstitusjoner har vanskeligheter med å samtykke til en henvisning og trenger støtte og hjelp for å kunne ta imot hjelp. Lang ventetid gjør at mange ungdommer ikke samtykker til henvisning eller at de trekker henvisningen i ventetiden. Medarbeidere i barneverninstitusjoner har ikke alltid kjennskap til hvilke tilbud som er relevante mht. å sikre tilstrekkelig helsehjelp.

- Det må arbeides systematisk med å etablere et åpent og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og barneverninstitusjonene.
- Spesialisthelsetjenesten må sørge for at barneverninstitusjonene har god informasjon om helsetjenestetilbudet og henvisningsrutiner.
- Barneverninstitusjonene må når de antar at en ungdom kan ha behov for et tilbud fra spesialisthelsetjenesten ta rask kontakt. Dette bør skje umiddelbart når ungdommen plasseres i en akutt barneverns-institusjon. Spesialisthelsetjenesten må ha høy grad av tilgjengelighet og kort responstid.

Samtykkelovgivningen

Lovverket setter grenser for hvilke tiltak som kan iverksettes. Lovverket gjelder også for ungdom i barneverninstitusjoner. Ungdommene må gi samtykke både til henvisning, iverksettelse av helsehjelp og underveis i pasientløpet.

- Spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig på ungdommens egen arena, og på den måten kunne utforske mulighetsrommet og sørge for at ungdommene blir kjent både med fagpersonene som skal bistå og psykisk helsevern som system.
- Når en ungdom ikke lenger samtykker til å motta helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må lovverket tilrettelegges slik at spesialisthelsetjenesten kan bistå barneverninstitusjonene med råd og veiledning.

Utredning og behandling

Mange ungdommer i barneverninstitusjoner har komplekse symptombilder og har vansker med å tilpasse seg et tradisjonelt tilrettelagt helsetjenestetilbud. Dette tilsier at det er nødvendig med:

- Faglig bredde i teamets kompetanse.
- Spesialistkompetanse innenfor områder som man vanligvis ikke utreder og behandler innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom: personlighetsforstyrrelse, rus, alvorlige traumer osv.
- Kompetanse for å kunne gjøre nødvendige differensialdiagnostiske vurderinger i situasjoner hvor ungdommen lever under uavklart omsorg / hvor det foreligger alvorlig omsorgssvikt i utgangspunktet.
- Tilpasning i hver enkelt pasientsak («skreddersøm») med bruk av kartleggingsverktøy rettet mot ungdommens symptomtrykk.
- Fleksibelt og ambulant tilbud. Det er nødvendig å jobbe i team for å sikre tilstrekkelig faglig bredde og at oppfølgingen ikke blir påvirket av ulike uforutsette hendelser. Det vil være nødvendig å mulighet for døgninnleggelse i psykisk helsevern for noen ungdommer.

Samarbeidsavtaler

Det er mange aktører/instanser involvert i oppfølging og behandling av ungdommer i barneverninstitusjoner. Etersom ungdommene ofte oppholder seg i barneverninstitusjoner utenfor egen bostedskommune og ofte kan bli forflyttet, er det krevende å tilrettelegge for et varig og koordinert tilbud.

- Overordnede samarbeidsavtaler gir føringer for samarbeidet. Det må i tillegg utarbeides konkrete samarbeidsavtaler som beskriver felles ansvar, rollefordeling og hvilke rutiner som skal benyttes for å sikre samarbeidet mellom de instanser som arbeider nærmest ungdommene.
- Individuell plan som verktøy for koordinering av tjenestetilbudet fungerer i liten grad etter hensikten. Dette er en problemstilling som bør utredes nærmere, da ulike aktører i ulik grad forholder seg til dette.

Felles fagutvikling

Medarbeidere i barneverninstitusjoner og i spesialisthelsetjenesten har ulik kompetanse, ulike fagspråk, ulike tradisjoner og generelt sett liten kjennskap til hverandres virksomhetsområder. Skal man få en felles forståelse for de ungdommene det gjelder, sikre at de får nødvendig helsehjelp og unngå misforståelser og konflikter er det viktig å arbeide for å bygge ned barrierer og tilrettelegge for gjensidig kompetanseoverføring. Man har positiv erfaring med å

- Tilrettelegge for felles fagdager
- Ha samarbeidsarenaer som åpner for utveksling av kunnskap og kompetanseutveksling.

Prosjektgruppens konklusjoner

Prosjektet har synliggjort en pasientgruppe som «faller mellom alle stoler». Som gruppe har ungdommene alvorlige vansker knyttet til rus, voldsproblematikk, skadelig seksuell atferd og personlighetsproblematikk. Pasientgruppen og omstendighetene som de lever under utfordrer spesialisthelsetjenesten organisatorisk, juridisk, strukturelt og økonomisk.

Prosjektet viser at det foreligger et behov for å tilrettelegge henvisningsrutinene, ha kort responstid for oppstart av tilbudet samt å sikre et sammenhengende tilbud og ha spesialisert kompetanse for utredning og behandling. Prosjektgruppen anbefaler at spesialisthelsetjenesten etablerer spesialiserte tverrfaglige team for bedre å forstå, ivareta og tilrettelegge et tilbud som ivaretar ungdommenes komplekse og sammensatte vansker. Tilbudet bør kunne tilrettelegges på ungdommens egen arena. Arbeidsformen bør derfor være ambulant og tilgjengelig, og ha en fleksibilitet som kan gi mulighet for å fange opp særlige behov og tilpasse et tilbud gjennom «skreddersøm». Et spesialisert ambulant team, med mulighet for døgninnleggelse, vil også best kunne ivareta det komplekse systemsamarbeidet både i internt i egen virksomhet og med/mellom eksterne samarbeidspartnere