

Prosjekt

Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør Øst

Sluttrappport BUP i Sykehuset Innlandet HF 30.11.2017

(Redigert versjon 09.01.18)

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn
1	Regional avtale Bufetat Øst – "Sammen og koordinerte"
2	Oppdragsdokument 2015
3	Regional plan "Hvordan sikre barn i barnevernsinstitusjoner tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging i Helse Sør-Øst " 2015
4	Resultater fra forskningsprosjektet: «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner», NTNU, 2015

VEDLEGG

Nr.	Dokumentnavn
1	Samarbeidsavtalen
2	Retningslinjer for samarbeid
3	Evaluering av tilbud til akuttinstitusjoner
4	BUP brosjyre



Innhold

VEDLEGG	1
1. Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Generell innledning	4
1.2.1 Prosjekteiere, tidsplan og rapporter	4
1.2.2 Prosess og organisering	4
2. Prosjektets navn	5
2.1 Prosjekteier	5
3. Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet	5
3.1 Innledning	5
3.2 Målsetting og kort om oppdraget som ble gitt i 2015.	5
3.3 Mandat	6
3.3.1 Helse Sør-Øst RHF	6
3.4 Økonomi og budsjett	7
3.5 Sykehuset Innlandet beskrev ved oppstart følgende modell:	7
4. Vurdering av måloppnåelse for hvert mål med eksempler på hvordan man har gått fram for å nå målene i SIHF	9
4.1 Oppsummerende erfaringer fra modellen til BUP i SIHF.	9
5. Sammenstilling og beskrivelse av prosessen i prosjektet	10
5.1 Forankring (lederstøtte)	10
5.2 Forarbeid, struktur	10
5.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
5.4 System som har styrket personalet	13
5.5 Gjennomføring og endringer	14
5.6 Slutføring - herunder rutiner og prosedyrer for arbeidet	16
5.7 Dokumentasjon og kommunikasjon med samarbeidsparter	17
6. Hva er gjort for å oppdage og avdekke psykiske lidelser (helseproblemer) hos barn i barnevernsinstitusjoner	17
6.1 Antall inkluderte barn	17
6.2 Ressursbruk og bemanning (antall og profesjoner)	19
6.3 Beskrivelse av kartleggingsfasen og funn	20
7. Helsehjelp	21
7.1 Hvilken helsehjelp har barna fått, knyttet til oppdaget og avdekket psykisk lidelse? 21	
7.2 Intervensjon og oppnådd resultat	22



7.2.1	Har helsehjelpen resultert i bedring?	25
7.3	Faktorer av betydning for behandling, oppfølging og kontinuitet.....	26
7.3.1	Hvilken betydning har det hatt for behandlingstilbudet om omsorgssituasjonen har vært avklart eller ikke i pilotperioden?.....	26
7.3.2	Skifte av oppholdssted	26
7.3.3	Har evt skifte av oppholdssted ført til brudd i oppfølging av barn i løpet av pilotperioden?	27
7.3.4	Kjennetegn ved barna som får god hjelp/ mindre god hjelp	28
7.3.5	Andre faktorer av betydning for oppfølging/ har evt ført til brudd i oppfølging 28	
7.3.6	Etiske problemstillinger og mulige løsninger	29
7.3.7	Faglige og juridiske problemstillinger og mulige løsninger.....	29
7.4	Hvordan har man klart å sikre kontinuitet fra alle involverte instanser	30
7.5	Samarbeidspartnere	31
7.5.1	Hvordan vurderer de samarbeidet og kontinuitet i oppfølgingen av barna?	31
8.	Oppsummering og anbefalinger	32
8.1	Hvordan passer modellen/ metoden	32
8.2	Hvem må samarbeide?	33
8.3	Hvordan samarbeide?	33
8.4	Ressursbehov i oppstartsfase og i drift	34
8.5	Fordeler for organisasjonen: BUP/ Barnevern	34
8.6	Fordeler (utbytte) for personalet: BUP/ Barnevern	35
8.7	Hva synes å være fordeler (utbytte) for barnevernsbarna	35
8.8	Vurdering av mulige gevinst på individ, - system, - og samfunnsnivå	36
8.9	Hvordan planlegger helseforetaket å jobbe videre med temaet etter prosjektslutt	36
9.	Oppsummering.....	37
9.1	Oversikt over institusjoner	37
9.2	Samarbeid.....	37
9.3	Videreføring av arbeidet.....	37



1. Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst

1.1 Bakgrunn

Det har i flere år vært satt fokus på et styrket samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og barnevernstjenester. De siste år har mange rapporter avdekket behov for tettere samarbeid og bedre hjelp til barn i barnevernet. I 2015 kom en ny forskningsrapport vedrørende psykisk lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner som viste en høy andel av alvorlige psykiske lidelser som ikke var avdekket, eller som ikke ble behandlet. I Oppdragsdokument til de regionale helseforetak for 2015 ble det gitt føringer om å styrke innsatsen for barn i barnevernsinstitusjoner. Tilsvarende formaliserte krav om økt fokus på helse ble også gitt i 2015 til det statlige barnevernet.

1.2 Generell innledning

Helse Sør-Øst RHF har sammen med Helsedirektoratet initiert et prosjekt i egen helseregion der det skal testes ut nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern barn og unge 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 i overordnet prosjektdokument "Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst". Pilotprosjektene har ulik utforming og vil kunne supplere hverandre.

1.2.1 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 er det utarbeidet en samlet evaluering av de tre pilotene, som presenteres i egen prosjektrapport fra Helse Sør-Øst RHF.

1.2.2 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. Hvert helseforetak/delprosjekt har hatt egen prosjektorganisering med lokale styringsgrupper, der man har sikret brukerrepresentasjonen.

Denne rapporten er utarbeidet av Sykehuset Innlandet.



2. Prosjektets navn

Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner

2.1 Prosjekteier

Prosjekteier er: Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst RHF samt deltagende helseforetak med delprosjekt der arbeidet gjennomføres, henholdsvis Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF. Bufetat Øst ble invitert inn i arbeidet og takket ja til å delta.

3. Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet

3.1 Innledning.

Det har i flere år vært satt fokus på et styrket samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og barnevernstjenester. De siste år har mange rapporter avdekket behov for tettere samarbeid og bedre hjelp til barn i barnevernet. I 2015 kom en ny forskningsrapport vedrørende psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner som viste en høy andel av alvorlige psykiske lidelser som ikke var avdekket, eller som ikke ble behandlet (Kayed m.fl., 2015). Det ble i Oppdragsdokument 2015 til de regionale helseforetak gitt føringer om å styrke innsatsen for barn i barnevernsinstitusjoner. Tilsvarende formaliserte krav om økt fokus på helse ble også gitt i år til det statlige barnevernet.

3.2 Målsetting og kort om oppdraget som ble gitt i 2015.

Helsedirektoratet hadde behov for å teste nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten for barn og unge i barnevernsinstitusjoner og ønsket at Helse Sør-Øst RHF sørget for at det ble initiert og utprøvd ut en modell i minimum to helseforetak innen en og samme Bufetats region. Dette skulle bidra til økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjenesten, og i større grad sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for. Helse Sør-Øst RHF ble derfor invitert til å initiere og invitere til et eget prosjektarbeid der Helsedirektoratet stilte med 2 mil kr i 2015. Helsedirektoratet beskrev blant annet følgende:

- *”Det er ønskelig at det avsettes ressurser i helseforetakene som dedikeres i arbeidet opp mot barnevernsinstitusjoner. Dette kan innebære at man prøver ut en form for ”barnevernsansvarlige i psykisk helsevern barn og unge» på lignende måte som man har barneansvarlige i sykehusene, eller på samme måte som man nå innfører helseansvarlige i barnevernsinstitusjoner. Det vises til nærmere dialog om dette. Det sentrale er imidlertid at det prøves ut en eller flere modeller for samarbeid og oppfølging av barn og unge i barnevernsinstitusjoner i eget opptaksområde, som innebærer dedikerte stillinger eller deler av stillinger til dette. Det forutsettes også en sterk og tydelig ledelsesforankring.”*



- *Helsedirektoratet ønsker at Helse Sør-Øst RHF sørger for å igangsette en prosess som sikrer riktig kompetanse og fremdrift i prosjektet. Det er ønskelig å involvere naturlige samarbeidsparter og kompetansemiljøer som har kjennskap til både psykisk helsevern for barn og unge, og barnevernstjenester.*
- *Prosjektet bør inneholde en plan for oppfølging og evaluering, men samtidig gi nødvendig rom for å prøve ut ulike lokale modeller, for å få erfaringer og kunnskap om hvilke modeller og samarbeidsformer som oppleves meningsfulle for begge parter, og som har best effekt overfor de barn/unge dette gjelder.*
- *Det er en intensjon med arbeidet at man skal sikre overføringsverdi etter pilotering, og å skape grunnlaget for en modell som i etterkant kan dekke landet.*
- *I prosjektbeskrivelsen/e må det fremkomme hvem som koordinerer og styrer prosjektet, samt en plan om hvordan prosjektet skal evalueres og hvem som gjør dette arbeidet i 2015. Vi ønsker en skisse for hvordan prosjektet eventuelt kan videreføres i årene fremover.*

Basert på denne invitasjonen fra Helsedirektoratet tilskrev Helse Sør-Øst RHF alle helseforetak i region Bufetat Øst. Føringsene som var gitt fra Helsedirektoratet ble kommunisert i invitasjonen og innen fristen hadde 3 helseforetak sendt egne skisser til prosjekt. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet denne overordnede prosjektskissen for arbeidet, basert på invitasjonen fra Helsedirektoratet og mottatte prosjektbeskrivelser.

3.3 Mandat

3.3.1 Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF sørget for å initiere en prosess med prosjekt i egen helseregion der det skulle testes ut nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten for barn og unge i barnevernsinstitusjoner, som beskrevet i kapittel 1. Det skulle prøves ut en modell i minimum to helseforetak innen en og samme Bufetats region. Modellen skulle 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, skulle 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 samarbeidet med Helsedirektoratet og de respektive prosjektansvarlige helseforetak, samt Bufetat Øst om arbeidet. Det ble etablert en felles prosjektgruppe for alle



delprosjekt, samt egne styringsgrupper for de respektive delprosjekt i deltagende helseforetak.

3.4 Økonomi og budsjett.

Basert på overordnet prosjektdokument ble prosjektmidlene tildelt fra Helsedirektoratet til de respektive deltagende helseforetak.

Tildeling 2015:

Sykehuset Innlandet HF ble tildelt 0,6 mil.kr

Tildeling 2016:

Sykehuset Innlandet HF ble tildelt 1,4 mil.kr

Samlet økonomisk tildeling utgjorde dermed kr.2.000.000,- gjeldende for hele pilotprosjektperioden, som varte fra oppstart høst 2016 til avslutning ut 2017. I løpet av januar 2018 skal erfaringene samles.

Til tildelingen ble det i Sykehuset Innlandet opprettet en prosjektkonto i Divisjon Psykisk helsevern. Økonomiavdelingen har bidratt i budsjettoppsett og forvaltning av ressursene.

3.5 Sykehuset Innlandet beskrev ved oppstart følgende modell:

Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern ønsket å etablere et samlet prosjekt bestående av BUP- Døgnavdeling, BUP- Oppland og BUP Hedmark. Dette innebærer at det samlede polikliniske tjenestetilbudet til barn og unge (BUP- Oppland og BUP Hedmark), samt BUP Døgnavdeling er inkludert på en helhetlig måte. Prosjektet er forankret i Divisjon psykisk helsevern SIHF ved divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke.

Sykehuset Innlandet HF ønsket å bygge videre på de positive erfaringene som var gjort i samarbeid mellom BUP og barnevernsinstitusjonene i vårt opptaksområde. Prosjektet beskrev en modell som skulle favner tre funksjoner der følgende skulle gjennomføres.

- BUP- Døgnavdeling:
 - Utpeke dedikerte behandlere/fagpersoner i akutenheten på Sanderud som følger opp og blir et direkte kontaktledd med barnevernsinstitusjoner, med fokus på de ungdommene som har vært innlagt etter øyeblikkelig-hjelp kriteriene.



- Gjøre intervjuer med ledere og ansatte i barneverninstitusjoner for å finne mer ut om holdninger og samarbeidskultur, med mål om videreutvikling og ytterligere formalisering av samarbeid.
 - Gjennom dette – identifisere forbedringsområder.
 - Beskrive, systematisere og analysere de positive erfaringene som er gjort slik at dette kan ha overføringsverdi.
 - Videreføre kompetansehevende tiltak som felles fagseminarer, og eventuelt hospiteringsavtaler.
- BUP- Oppland:
 - Utpeke behandler(e)/fagpersoner som får et særskilt ansvar som kontaktpersoner og for oppfølging av barneverninstitusjoner (alå barnevernansvarlig).
 - Gjennomføre regelmessige kontakt- og dialogmøter med institusjonene.
 - Være kontaktbar for råd og veiledning pr telefon.
 - Evaluere og videreutvikle samarbeidsavtalene med barneverninstitusjoner
 - BUP- Hedmark:
 - Utpeke behandler(e)/fagpersoner som får et særskilt ansvar som kontaktpersoner og for oppfølging av barneverninstitusjoner (alå barnevernansvarlig).
 - Gjennomføre regelmessige kontakt- og dialogmøter med institusjonene.
 - Være kontaktbar for råd og veiledning pr telefon.
 - Videreutvikle, systematisere og formalisere samarbeidsavtaler med barneverninstitusjoner.

Detaljerte mål for prosjektet beskrives senere i rapporten. Samlet sett skal utprøving av tiltakene ivareta den overordnede målsettingen for prosjektet slik at disse kan innfris i Helse Sør-Øst:

- Psykiske lidelser hos barn i barneverninstitusjoner oppdages og avdekkes.
- Barn i barneverninstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for.
- Man får tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjonen 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.



4. Vurdering av måloppnåelse for hvert mål med eksempler på hvordan man har gått fram for å nå målene i SIHF.

4.1 Oppsummerende erfaringer fra modellen til BUP i SIHF.

- Kick-off samling i forkant av pilotprosjektet med ledere for alle barneverninstitusjonene i regionen og ledere i alle aktuelle BUP-enheter var en betydningsfull faktor for å lykkes med igangsetting av prosjektet.
- Det ble brukt 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. (Unntak av 2 barnevern enheter, tilhørende samme organisasjon). Dette skapte gjensidige forventninger og forpliktelser. Med utgangspunkt i samarbeidsavtalen ble det laget «Retningslinjer for samarbeid», og som beskrev samarbeidet mer detaljert skapte en likhet i samarbeidet over hele regionen.
- Det ble opprettet barnevernansvarlige i alle deltagende poliklinikker, som skulle samhandle med helseansvarlige i barneverninstitusjoner. Det ble utarbeidet funksjonsbeskrivelse for barnevernansvarlige for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver.
- Samarbeidet mellom alle BUP poliklinikker i SIHF og barnevernsinstitusjonene i deres nedslagsfelt er formalisert, og vi når mange institusjoner og mange ungdommer med modellen.
- 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 inntakrutiner. 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 og dette har vi ikke nådd fram med til de ulike poliklinikkens inntaksteam.
- 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.
- Gjennom prosjektet har vi fått god oversikt over ulike barnevernsinstitusjoner, både statlige og private. Vi ser at det er stor variasjon når det gjelder struktur, kompetanse og ledelse. Ut fra vår erfaring er det grunn til å stille spørsmål ved om kravet om 50 % ansatte med fagutdanning gir institusjonen en samlet god



nok kompetanse til å møte de omfattende vanskene mange av ungdommene ved disse institusjonene har.

- 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 barnevernsinstitusjonene.
- Modellen ble tilpasset akuttinstitusjonene i barnevernstjenesten. Ved disse institusjonene var det behov for hyppigere møter og mer tilgjengelighet fra BUP i forhold til de ungdommene som var der over kortere tid enn i atferdsinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner.
- Vår modell kan gjennomføres i større skala i andre helseforetak, uten stor bruk av ekstra ressurser
- Vår modell 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.

5. Sammenstilling og beskrivelse av prosessen i prosjektet

5.1 Forankring (lederstøtte)

Sykehuset Innlandet HF har hatt et eget felles pilotprosjekt der BUP Hedmark, BUP Oppland, og BUP Døgnavdeling deltar i prosjektet Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner, for å prøve ut en modell som skal bidra til økt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og barneverntjeneste, og i større grad sikre barn i barneverninstitusjoner den helsehjelpen de har behov for. Alle barneverninstitusjonene i Hedmark og Oppland deltar i prosjektet.

Prosjektet ble forankret i Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern som et felles prosjekt mellom BUP i SIHF og barnevernsinstitusjonene i regionen. Bufetat har vært en viktig samarbeidspartner, med god kunnskap om og oversikt over barneverninstitusjonene.

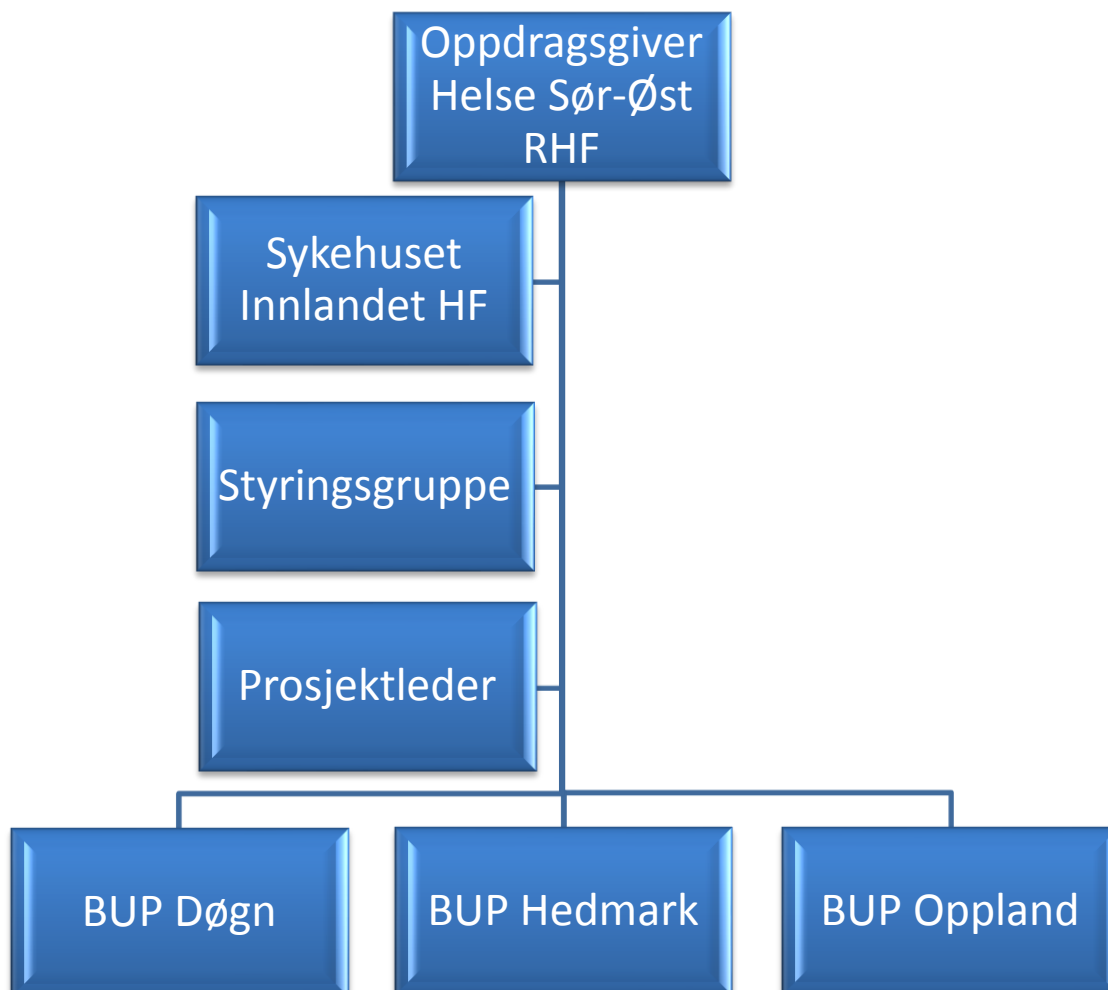
5.2 Forarbeid, struktur

Sykehuset Innlandet HF har bygget videre på de erfaringene som er gjort i samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjonene ved å ta utgangspunkt i den eksisterende tiltakskjeden og forbedre og utvikle tilbudet her for å nå målet i prosjektet. Vi prøvde derfor



ut en helhetlig modell, med mål om å innfri de 5 hovedmålene som pilotprosjektet har vært forankret i.

Organiseringen av prosjektet har hatt følgende struktur:



Styringsgruppen har vært sammensatt med lederne i BUP feltet og lederne i Enhet for tiltak Bufetat i begge fylker, samt representanter fra Forandringsfabrikken:

Hallgeir Lange – avdelingssjef BUP Døgnavdeling
Hanne Øverås – avdelingssjef BUP Hedmark
Bjørge Antonsen – avdelingssjef BUP Oppland
Anne Mette Fadum – leder, Enhet for inntak Bufetat region Øst, avd. Oppland.
Frode Rye Berg – leder, Enhet for inntak Bufetat region Øst, avd. Hedmark.
Anika Khurshed – Forandringsfabrikken (tok over etter Aleksander ved årsskiftet 2016/2017)
Julie Hebnes Høybakk - Forandringsfabrikken



Styringsgruppen har hatt overordnet ansvar for fremdrift av planlagt modell. Avdelingssjef for BUP Døgnavdeling har vært styringsgruppens leder. Styringsgruppen har hatt regelmessige møter. Det ble avholdt møter hver måned i oppstartsperioden, og noe sjeldnere utover i prosjektet. Det har til sammen vært avholdt 8 styringsgruppemøter gjennom prosjektperioden. Prosjektleder har i samråd med leder laget innkalling og sakliste til møtene. Overordnet ledelsesforankring ble vurdert som nødvendig for å nå målsettingen i prosjektet.

BUP-Oppland:

BUP-Oppland har desentraliserte poliklinikker med enheter hhv på Gjøvik, Gran/Hadeland, Valdres, Lillehammer og Otta. Det er poliklinikk Gjøvik og poliklinikk Gran/Hadeland som har barneverninstitusjoner i de respektive opptaksområdene.

Barnevernansvarlige er utpekt.

BUP-Hedmark:

BUP-Hedmark har desentraliserte poliklinikker med enheter hhv på Hamar, Elverum, Kongsvinger og Tynset. Det er poliklinikkene på Hamar, Elverum og Kongsvinger som har barneverninstitusjoner i de respektive opptaksområdene.

Barnevernansvarlige er utpekt.

BUP Døgn, Enhet for akutt

Enhet for akutt er den eneste enheten i BUP Døgn som har vært inkludert i prosjektet. Enheten har ø-hjelpsansvar for ungdommer under 18 år i Hedmark og Oppland, herunder ungdommer bosatt i barneverninstitusjoner. Enhet for akutt er lokalisert på Sanderud på Ottestad utenfor Hamar.

Barnevernansvarlige er utpekt.

Barneverninstitusjonene

Det fantes fra oppstart 13 barneverninstitusjoner i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet, de fleste har flere avdelinger. Fire av institusjonene er statlige, de øvrige er private. En av de private institusjonene ble avviklet i løpet av prosjektperioden. Samlet sett dekker institusjonene alle tiltaksparagrafer. For antall plasser og enheter, se tabell i kapittel 3.2.1.

Innledende møter

Det ble arrangert informasjonsmøter med alle lederne i BUP samt lederne i barneverninstitusjonene. Her ble det orientert om prosjektet og bakgrunnen for dette, og hvordan vi planla å organisere arbeidet lokalt i Sykehuset Innlandet. Møtene var også fora for eventuelle spørsmål og avklaringer. Målet var at alle ledere skulle være godt orientert om det forestående arbeidet.



Intensjonen var å sette fokus på samarbeide om både helse- og omsorgssituasjon til det enkelte barn. Hvordan kunne barneverninstitusjonene og spesialisthelsetjenesten gjøre dette sammen?

5.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Alle under 18 år som bor i en av barnevernets omsorgsinstitusjoner ble inkludert i prosjektet, både statlige og private, uavhengig av antatt lengde på opphold, aktuell problematikk hos ungdommene, eller størrelse på institusjonen/ enheten.

Beredskapshjemmene i det statlige barnevernet ble ikke inkludert i dette pilotprosjektet. Det samme gjelder statlige familiehjem.

Institusjoner for enslige mindreårige asylsøkere ble ikke inkludert, hvilket ble gitt som en føring fra Helse Sør-Øst.

Enkelte institusjoner tar imot ungdommer som er over 18 år. Disse ungdommene ble ikke inkludert.

5.4 System som har styrket personalet

Personalet vil i vår sammenheng si både personalet i barneverninstitusjonene og personalet i BUP.

Månedlige møter

Retningslinjer for samarbeid anbefaler månedlige møter mellom barnevernansvarlig i BUP og helseansvarlig i barneverninstitusjonen, samt ledere, uavhengig av pågående saker.

I de månedlige møtene har alle ungdommer ved institusjonen vært drøftet med BUP. Dersom ungdommen har gitt samtykke til det i forkant, kan ungdommen drøftes åpent. Dersom samtykke ikke foreligger, drøftes ungdommen anonymt. Møtene har også gitt mulighet for drøfting av mer generelle problemstillinger. Barneverninstitusjonene har opplevd det spesielt nyttig å drøfte de ungdommene som ikke allerede er i behandling med spesialisthelsetjenesten.

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 nødvendige for å avdekke og fange dette opp.



Fagdager

Det har vært organisert to fagdager i løpet av prosjektperioden.

Det ble organisert en fagdag i november 2016. Dagen fungerte som en kick-off for prosjektet, hvor tema var samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjonene, og hvordan dette best kunne organiseres. Deltagerne ble satt i grupper på tvers av virksomheter for å drøfte dette. Samtlige barneverninstitusjoner og BUP poliklinikker var representert i møtet, sammen med Bufetat, BUP Døgn og Forandringsfabrikken. Til møtet forelå et utkast til en samarbeidsavtale. Utkastet ble bearbeidet i møtet, og resulterte i *Samarbeidsavtalen og Retningslinjer for samarbeid* som er i bruk i dag (**Vedlegg 1 og 2**).

Felles eierskap til pilotprosjektet var en forutsetning for å gå inn i dette.

Det ble også organisert en felles fagdag for ansatte i BUP og barneverninstitusjoner i juni 2017, med traumer og selvskading som tema. Hensikten med denne var å jobbe mot økt felles forståelse av felles problematikk. Ansatte fra både BUP og barneverninstitusjonene var representert i programkomiteen for fagdagen. Dette for å sikre at temaer, vinklinger og forelesere var relevante for begge instanser.

5.5 Gjennomføring og endringer

Spørreundersøkelser

Det ble innledningsvis i prosjektet sendt ut spørsmål til involverte ledere for å kartlegge status for samarbeid før oppstart, samt å få oversikt over hvilket utgangspunkt vi hadde i vårt område. Alle svar på disse spørreundersøkelsene ble systematisert. Vi samlet dette som bakgrunnsinformasjon.

Svarene på spørreundersøkelsen gav en beskrivelse av situasjonen her og nå, samt tanker om forbedringsområder og bevaringsområder. Det ble et utgangspunkt for drøfting av forbedringsområder i et samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjonene.

Spørsmålene dreide seg også om antall ungdommer i barneverninstitusjonen, antall henvisninger til BUP, antall avslag og tidligere behandling.

Resultatene av kartleggingene utgjorde samlet vår baseline.

De samme spørsmålene ble sendt ut avslutningsvis i prosjektet. Dette for å måle eventuell endring.

Formell Samarbeidsavtale med utdypende Retningslinjer for samarbeid

Fordi arbeidet ble spredt på flere, var det helt nødvendig å forankre dette i skriftlige, gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler. Dette for å kunne opprettholde og videreføre et godt, etablert samarbeid, selv om det skulle skje utskiftninger i stillinger. Vi knyttet helseansvarlige i barneverninstitusjonene og barnevernsansvarlige i BUP til hverandre gjennom månedlige møter.



Innholdet i avtalen/ retningslinjer:

- Avtalene beskriver hvordan vi sikrer at alle ungdommene som bor i barneverninstitusjonene blir spurt om psykisk helse og sikres tilbud om behandling ved behov. Det skal bidra til at ungdom som trenger og ønsker behandling i psykisk helsevern blir henvist. De som ikke ønsker henvisning til BUP får det tilbudet barnevernsinstitusjonen gir, evt. supplert med veiledning og konsultativ bistand fra BUP.
- Beskrivelse av hyppighet, omfang og innhold i faste møter mellom BUP og barneverninstitusjonene.
- Nærmere beskrivelse av hvilke opplysninger som bør foreligge fra hjelpeapparatet og barnevernstjenesten der ungdommen kommer fra.
- Beskrivelse av hvordan en skal sikre overføring av kunnskap og erfaring som finnes fra før om ungdommen.
- Det beskrives hvordan samarbeidet skal skje for de ungdommene som mottar et tilbud ved BUP. Det må være kontinuitet i hvem som følger til timer ved BUP, det må settes av tid til faste samarbeidsmøter.

Det var også en intensjon å oppnå forpliktende samarbeidsavtaler med kommunehelsetjenesten. Dette ble det ikke tid til i prosjektperioden, men vil bli fulgt opp etter endt prosjektperiode.

Informasjonsbrosjyre

Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre om BUP (vedlegg 4) til bruk for ansatte i barnevernsinstitusjoner. Dette både for å gi ansatte mer kunnskap om BUP og for at de skal kunne bruke denne kunnskapen i sin presentasjon av BUP for ungdommene og i arbeidet for å motivere ungdommene til å ta imot kontakt med BUP.

Barnevernansvarlige

Gjennom prosjektet har man prøvd ut en funksjon som barnevernansvarlige i BUP Poliklinikker og i BUP Døgnavdeling, Enhet for akutt, på samme måte som man har innført helseansvarlige i barneverninstitusjoner. Det er enhetsleder for aktuell lokal BUP som har pekt ut barnevernansvarlige. Det ble ikke lagt noen føringer for hvilken profesjon de barnevernansvarlige skulle ha, men barnevernansvarlig skulle ha tilgang til å drøfte med psykolog eller legespesialist i poliklinikken.

Ungdommer som legges inn i phv BUP etter øyeblikkelig-hjelp kriteriene følges opp særskilt. Det er den samme behandleransvarlige fra akuttinstitusjon som følger opp ambulant til alle barneverninstitusjoner etter slike innleggelser.



Hovedfunksjonen til de barnevernansvarlige både i BUP-døgn og BUP-poliklinikker har vært:

- Å gjennomføre regelmessige kontakt- og dialogmøter med institusjonene. Her har det vært fokus på de 5 målområdene.
- Å være tilgjengelig for NN-drøftinger med mulighet for å oppdage og avdekke psykiske lidelser og anbefale tiltak.
- Å ellers være kontaktbar for råd og veiledning pr telefon.
- Å være rådgivende og veiledende for å bidra til at den aktuelle pasienten sikres forsvarlig hjelp.
- Å kunne gi generell veiledning til ledelse og/eller helseansvarlig ved barneverninstitusjonen.
- Å sammen med poliklinikkens enhetsleder evaluere/ videreutvikle eksisterende samarbeidsavtale.
- Å kartlegge tidsbruk for funksjonen gjennom prosjektperioden, for å ha mulighet til planlegge ressursbruk etter endt prosjektperiode.
- Fra BUP-døgn har oppfølgingen vært direkte kontakt med pasient og ansatte ved barneverninstitusjoner for å sikre trygg overføring fra innleggelse i psykisk helsevern tilbake til barneverninstitusjonen.

Ekstra innsats i de akutte barneverninstitusjonene

Akutt- og utredningsinstitusjoner i barnevernet er et tilbud til barn og unge som trenger hjelp og tiltak på kort tid. Bakgrunnen for slike plasseringer er ulike former for kriser.

I akuttsituasjoner har man ikke like lang tid til å kartlegge behov, eller respondere på avdekket behov. Like fullt kan det omhandle barn og unge med et høyt symptomtrykk.

Akuttinstitusjonene ligger i BUP Hamars opptaksområde. BUP Hamar har over tid hatt en tilnærming til samarbeid, som har vært fokusert på å være lett tilgjengelige, for å kunne gi særlig bistand i akutte situasjoner når det gjelder disse barna. I forbindelse med prosjektet ble dette samarbeidet intensivert og beskrevet med egne rutiner.. Funnene i dette delprosjektet er følger vedlagt i en egen delrapport (**vedlegg 3**). BUP Hamar har akuttambulanseteam, og det er klinikere herfra som har fungert som barnevernansvarlige.

5.6 Slutføring - herunder rutiner og prosedyrer for arbeidet

Det har gjennom prosjektet og frem mot prosjektslutt, vært arbeidet i henhold til de retningslinjer som er innført. De undersøkelsene som ble gjort innledningsvis i form av intervju og spørreundersøkelser for å danne baseline, er gjentatt ved avslutning.



5.7 Dokumentasjon og kommunikasjon med samarbeidsparter

Det har vært tett kommunikasjon med de involverte partene gjennom jevnlig møter mellom prosjektleder og BUP poliklinikk med respektive barneverninstitusjoner. Det har vært avholdt 1-2 slike møter hvert halvår. I disse møtene har barnevernansvarlige, helseansvarlige og ledere deltatt. Møtene har vært en arena hvor de involverte i BUP og barneverninstitusjonene har fått orientering om prosjektets fremdrift fra prosjektleder, samt har kunnet få svar på spørsmål og uklarheter fra prosjektleder underveis. Videre har møtene vært prosjektleders arena til å undersøke hvordan samarbeidet fungerer lokalt, hvilke endringer de nye retningslinjene har medført, hvilke ungdommer man fanger opp og generell status. Tilstedeværelse av prosjektleder har bidratt til å sikre at det ikke utvikler seg ulik praksis, og at rutinene overholdes. Møtene ble referatført av prosjektleder, og referatene sendt til deltagere i møtene, samt styringsgruppeleder og avdelingssjefer.

6. Hva er gjort for å oppdage og avdekke psykiske lidelser (helseproblemer) hos barn i barnevernsinstitusjoner

6.1 Antall inkluderte barn

Alle barna som til enhver tid bor i barneverninstitusjoner i Hedmark og Oppland er inkludert i prosjektet. Vi laget innledningsvis en skjematisk fremstilling av hvilke institusjoner som sokner til hvilke BUP Poliklinikker, og innhentet tall på antall plasser og hvilke plasseringshemler hver institusjon har. Det vil kunne variere noe hvor mange av plassene som til enhver tid er fylt.

Hedmark og Oppland er et stort geografisk område med 4 BUP poliklinikker og 13 barnevernsinstitusjoner. Det er både statlige og private institusjoner. Plasseringen av institusjoner innen BUP Poliklinikkens opptaksområde ser slik ut:



AVD.	BUP	BV- INSTITUSJON	ANTALL PLASSER	PLASSERINGSHJEMLER	
BUP Hedmark	BUP Hamar	Hedmark ungdoms- og familiesenter (Stange, Hamar)	3 enheter, 13 plasser	Avdeling 1 Stange, 5 plasser § 4-6 1. ledd, § 4-6 2. ledd Avdeling Vien 1, 5 plasser § 4-6 1. ledd, § 4-6 2. ledd Avdeling Vien 2, 3 plasser § 4-25 Avdeling beredskapshjem 10 plasser, § 4-6 1. ledd, § 4-6 2. ledd	
		Fagertun hybelhus (Ringsaker, Hamar)	2 enheter, 11 plasser	§ 4-12, 4-4 6. ledd	
		Fossumkollektivet (Stange, Hamar)*	2 enheter, 16 plasser*	§ 4-24, § 4-26*	
	BUP Elverum	Aleris (Elverum, Trysil)	12 plasser	§ 4-12, § 4-4 6. ledd § 4-24, § 4-26	
		RUFS (Rena)	3 enheter 7 plasser	§ 4-12, 4-4 6. ledd	
		Fyrlykta (Elverum)**	3 enheter 8 plasser**	§ 4-12, 4-4 6. ledd**	
	BUP Kongsvinger	Klokkergården (Åsnes)	4 enheter, 26 (29) plasser	§ 4-24, § 4-26, Mulig § 4-12	
		Kirkenær barne- og omsorgssenter (Kirkenær)	3 enheter, 8 plasser, 1 familiehjem- enhet, 37 plasser	§ 4-12, 4-4 6. ledd	
	BUP Tynset	Ingen barneverninstitusjoner i sitt område			

* Fossumkollektivet ønsket ikke å underskrive samarbeidsavtalen. Dette fordi institusjonen har egen psykolog og psykiater ansatt, og de opplevde å håndtere eventuelle psykiske utfordringer godt nok internt.

** Fyrlykta ble avvirket i løpet av prosjektperioden, og er dermed ikke tatt med i materialet for sluttevalueringen.

AVD.	BUP	KONTOR	BV-INSTITUSJON	ANTALL PLASSER	PLASSERINGSHJEMLER
BUP Oppland	BUP Gjøvik	BUP Gjøvik	Hugin (Østre og Vestre Toten)	4 enheter, 17 plasser	Alle plasseringshjemler
			Gjøvik barnevern og omsorgssenter (Gjøvik)	1 enhet, 5 plasser	§§ 4-4, 6. ledd og 4-12
		BUP Gran	Solhaugen (Gran)	12 enheter, 42 plasser	Alle plasseringshjemler
	BUP Aurdal	Ingen barneverninstitusjoner i sitt opptaksområde			
	BUP Lillehammer	BUP Lillehammer	BUP Otta		

Kartleggingsarbeidet som ble gjennomført innledningsvis i prosjektet, gav en god oversikt over barneverninstitusjonene i vårt område. Alle disse institusjonene, med unntak av én, har skrevet under *Samarbeidsavtalen* med tilhørende rutinebeskrivelser. I følge avtalen skulle alle ungdommer som kommer til barneverninstitusjonen bli spurt om psykisk helse og tidligere erfaringer med hjelp for psykiske vansker. Ungdommene drøftes i



samarbeidsmøter. Noen av ungdommene henvises til BUP. Andre får hjelp av det miljøterapeutiske tilbudet ved barneverninstitusjonen evt i tillegg til konsultativ bistand fra BUP. Noen barn ønsker ikke henvisning til BUP. Det vurderes da om tiltak i barneverninstitusjonen er tilstrekkelig helsehjelp.

For noen av ungdommene har det vært aktuelt å sende henvisning til BUP, mens andre har blitt drøftet jevnlig, uten at man har konkludert med behov for henvisning. Rutiner for disse møtene, og forventet innhold er nærmere beskrevet i *Retningslinjer for samarbeid*.

6.2 Ressursbruk og bemanning (antall og profesjoner)

Det har i prosjektperioden vært frikjøpt én prosjektleder i 100 %. Prosjektleder har hatt ansvaret for:

- Å inneha en koordinerende funksjon for de barnevernansvarlige.
- Avholde regelmessige møter med alle barnevernansvarlige gjennom prosjektperioden.
- Å lage jevnlig rapporteringer/ oppsummeringer, med følgende innhold:
 - Antall henvendelser og type henvendelser, innhold.
 - Antall barn/ungdom som innlegges ved barnevernsinstitusjonen/ antall som gjennomfører kartlegging, vurdering/ antall som mottar behandling.
 - Lage anonymiserte oversikter over ungdommene som sier noe om resultatet av kartlegging, valgt tiltak og hvorfor.
 - Evaluering av effekt i hht de 5 målområdene
- Å utarbeide informasjonsmaterieell som skal være synlig/ tilgjengelig hos alle involverte instanser (vedlegg 4). I tillegg har prosjektleder i samarbeid med avdelingsjefer for de respektive BUP-avdelinger holdt informasjonsmøter med alle involverte parter. Samarbeidet med avdelingsledelsen har vært av vesentlig betydning for å understreke ledelsesforankring.

Den økte samhandlingen mellom BUP og barneverninstitusjoner har krevd ekstra ressurser fra begge parter. *Retningslinjer for samarbeid* krever månedlige møter mellom barnevernansvarlig og leder i BUP og helseansvarlig og leder i barneverninstitusjonen. Disse møtene har kommet i tillegg til samarbeidsmøter som finner sted omkring ungdommer som har en behandlingsrelasjon til BUP, og som bor i aktuelle barneverninstitusjon. Alle deltagende poliklinikker har mer enn en barneverninstitusjon i sitt område, og de fleste barnevernansvarlige har ansvaret for mer enn en barneverninstitusjon. Noen poliklinikker har opprettet to barnevernsansvarlige for å dekke ulike institusjoner.

Barnevernansvarlige skal ha tilgang på lege- eller psykologspesialist. Dette skjer på linje med den tilgangen de har i øvrige saker og situasjoner der det kreves spesialist.



4 BUP poliklinikker har vært involvert i prosjektet. Barnevernansvarlige rapporterer at det ekstra ansvaret har vært mulig å bære i tillegg til ordinær drift. Det understrekes imidlertid at man vanskelig tåler særlig krevende saker og drøftinger uten at man får tildelt ytterligere ressurser. En enhetsleder anslår at arbeidsmengden for barnevernansvarlige har økt med ca 20 %. Det anses som en styrke i prosjektet at arbeidet lar seg videreføre etter endt prosjektperiode.

6.3 Beskrivelse av kartleggingsfasen og funn

Hovedtrekkene i baseline viser at det i stor grad foregikk mye godt samarbeid mellom poliklinikker og barneverninstitusjoner allerede før oppstart av prosjektet, men bildet viser også variasjoner. Variasjonene dreier seg om opplevd behov for bistand fra BUP, hvilket igjen henger sammen med personalsammensetningen i institusjonen, og hvilke fagressurser de selv har tilgang på. Eksempelvis har to av de private barneverninstitusjonene egen ansatt psykologer. Disse barneverninstitusjonene rapporterer om få henvisninger til BUP.

Det finnes også en Enhet for psykologressurser, som er tilknyttet de statlige barneverninstitusjonene. Disse psykologressursene driver indirekte arbeid; veiledning av personalet, deltagelse i behandlingsmøter, observasjoner på avdelingen, tilstedeværelse i miljøet, samt mer direkte arbeid som støttesamtaler med enkelt ungdom. Psykologressursen deltar også i avdelingsmøtene. Dersom det bor ungdom ved institusjonen som har behov for tilbud ved BUP, jobber ofte psykologene med å motivere ungdommene til å samtykke til henvisning.

Når det gjelder ungdommenes behandlingshistorikk, uttrykker barneverninstitusjonene en del usikkerhet omkring hvor mange som har vært til behandling hos BUP før plassering.

Ved starten av prosjektet gikk ca 28 % av ungdommene i barneverninstitusjonene til behandling i BUP.



7. Helsehjelp

7.1 Hvilken helsehjelp har barna fått, knyttet til oppdaget og avdekket psykisk lidelse?

Tiltak	Erfaringer
Forpliktende samarbeidsavtale	Samarbeidsavtalen etterleves, og får gode tilbakemeldinger.
Utarbeidet Retningslinjer for samarbeid. Retningslinjene følger som en konkretisering av Samarbeidsavtalen, og er sendt ut til BUP og barneverninstitusjoner. Dokumentet beskriver forventet hyppighet og innhold i samarbeidsmøter, samt hvilke opplysninger som skal innhentes om ungdommen.	BUP får relevante opplysninger om ungdommene.
Barnevernansvarlige i BUP for barnevernets akuttinstitusjoner, har ukentlig oppmøte ved aktuelle institusjoner, og møter ungdommer og personale.	Ungdommene treffer spesialisthelsetjenesten ved behov, uten henvisning i forkant
Ungdommene får hjelp etter gjeldende prosedyrer i BUP, på linje med andre barn i nært samarbeid med ansatte i institusjonen.	Det beskrives at terskelen for å vurdere henvisning til BUP er blitt lavere.

Det var et mål for prosjektet at barneverninstitusjonene skulle gjennomføre mer systematiske samtaler med ungdommene med fokus på psykisk helse. Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre om BUP for ansatte i barneverninstitusjonene (Vedlegg 4). Det rapporteres fra barneverninstitusjonene at denne oppleves som et godt verktøy i samtale med ungdommer om hva BUP er og hva BUP kan tilby. Forandringsfabrikken har gjennom deltakelse i styringsgruppen vært en viktig bidragsyter.

I henhold til de tilbakemeldingene vi har fått fra barneverninstitusjonene, er systematiske samtaler ikke gjennomført i den grad vi hadde ønsket. Dette kan ha sammenheng med at institusjonene allerede har innarbeidede rutiner for mottak av nye ungdommer, og endring av rutiner tar vanligvis lang tid. Institusjonene rapporterer om større fokus på psykisk helse via drøftingene som gjøres sammen med BUP i de faste møtene. I de jevnlige møtene kan BUP bistå i en eventuell henvisning til BUP, gjennom å klargjøre hva som skal vektlegges, og hvilke opplysninger BUP er i behov av, og hva som ikke er relevant å ta med. Dialogen med BUP har gitt ansatte i barnevernsinstitusjoner høyere bevissthet om hvordan symptomer skal forstås som mulig psykisk lidelse.



For ungdommene ved barnevernets akuttinstitusjoner som har hatt behov for oppfølging, har oppfølgingen startet umiddelbart via barnevernansvarlige. Dette er gjort rede for i vedlagt rapport for de akutte barneverninstitusjonene (vedlegg3).

7.2 Intervensjon og oppnådd resultat

Tiltak	Erfaringer
Det gjennomføres samarbeidsmøter mellom BUP poliklinikker og tilhørende barneverninstitusjoner, uavhengig av antall saker som er henvist og mottar behandling ved BUP	Regelmessige møter senker terskler og øker tillit. De som avdekkes får hjelp tidligere Styrking av tilbudet til hjelp ved lettere tilgang på spesialisthelsetjenesten
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 BUP til å gi ungdommene ved institusjonen god informasjon	Ikke alle har tatt brosjyren i bruk men de som har gjort det syns brosjyren er til god hjelp..
Det er gitt individualterapi og gjort utredninger, systemarbeid, veiledning/rådgivning til personalet	En har ikke evaluert ungdommenes behandlingmessige resultat. På systemnivå har man oppnådd tettere samarbeid.

De regelmessige møtene har fungert godt. Her har man gjennomgått alle ungdommene i barneverninstitusjonene, og avsatt tid til avtaler der det har vært behov for dette.

Gjennomgang av hver av ungdommene i barneverninstitusjonen har gitt barnevernansvarlige god oversikt over ungdommene. Drøftingen i seg selv har bidratt til gjensidig informasjonsutveksling og gitt nye perspektiver.

Både barnevernansvarlige, helseansvarlige og ledere referer til at regelmessige møter og kjente ansikter senker terskelen for å ta kontakt, og det har bidratt til å øke tillit. Det rapporteres utelukkende gode erfaringer med å ha en fast person tilgjengelig i BUP, og erfaringene synes å være gjensidige. Tilbakemeldingene fra barneverninstitusjonene omhandler at det oppleves lettere å ta kontakt når man vet hvem som skal kontaktes. Terskelen blir lavere når en navngitt person har som en del av sine arbeidsoppgaver å være tilgjengelig. Opplevelsen fra barneverninstitusjonene er at det har vært god kontakt og dialog med BUP, også før prosjektet startet, men gjennom prosjektperioden har det blitt en tydeliggjøring av at man kan ringe, og til hvem.



En av de ansatte sier:

«De barnevernansvarlige har gitt en kortere vei til BUP, de er bare en telefon unna. Barneverninstitusjonene opplever dermed ikke å sitte alene med problematikken. Det oppleves godt å kunne ringe når 'det brenner'. Det er kort vei inn, BUP er der, og man opplever å jobbe for den samme saken.»

Helseansvarlige sier at erfaringen omkring samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjoner tilsier at god informasjonsflyt mellom instansene er nødvendig for å kunne gi god hjelp. Dersom ungdommen ikke ønsker oppfølging fra BUP selv, er veiledning fra BUP til personalet ved barneverninstitusjonen et godt alternativ.

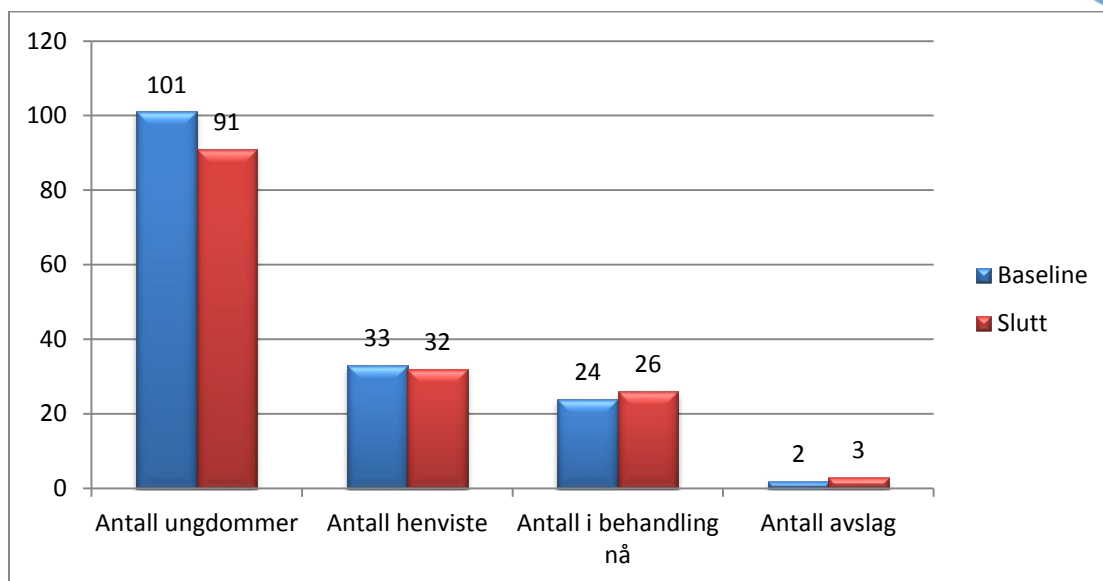
BUP rapporterer at de har fått god oversikt over barneverninstitusjonen, og kjennskap til nye ungdommer fortløpende. Informasjonen har gjerne kommet i forkant av innflytting, så snart barneverninstitusjonen er gjort kjent med plasseringen. BUP har dermed mulighet til å være godt forberedt på en eventuell 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.

Hvis ungdom samtykker kan aktuelle ungdom drøftes med navn. Det er ønskelig å få til dette i flest mulig saker. Ved mangel på samtykke drøftes ungdommen anonymt. Det rapporteres om høy grad av tilfredshet over muligheten til å drøfte ungdommene, også de som ikke er henvist. Hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige for BUP er presisert i dokumentet *Retningslinjer for samarbeid*. BUP har mulighet til å be fortløpende om ytterligere informasjon ved behov.

Helseansvarlige beskriver at de nå i større grad henviser tidligere fordi de innehar større kunnskap om BUP, og bruker tiden fra henvisningen er sendt frem til første time til motivasjonsarbeid med ungdommen. Tidligere jobbet de med motivasjon før de sendte henvisningen, og når ungdommen var motivert, måtte de vente en god tid før de fikk time.

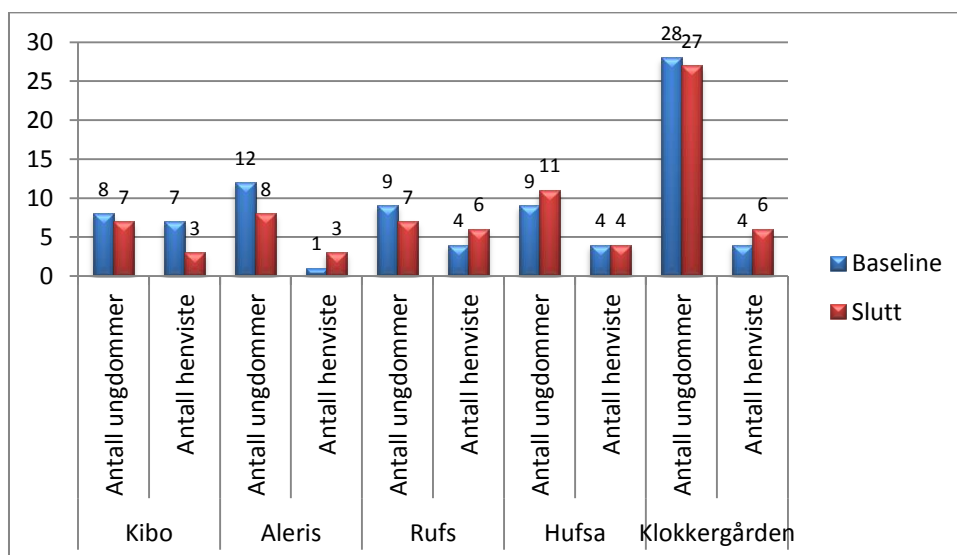
For de som benytter brosjyren med informasjon om BUP, oppleves denne av helseansvarlige som et godt redskap til å samtale med ungdom om BUP, og et godt verktøy i motivasjonsarbeidet. I disse tilfellene har den bidratt til å påvirke hvordan personalet ved barneverninstitusjonene omtaler BUP, og det er en opplevelse av at BUP nevnes oftere, og oftere tas med i rapporter.

Vi innhentet tall på hvor mange av ungdommene som var henvist til BUP før prosjektet startet og hvor mange ungdommer som ble henvist i løpet av prosjektperioden. Som tabellene viser er det forskjeller institusjonene i mellom.



Samlet ser vi at antall ungdommer i barnevernsinstitusjonene har gått ned i prosjektperioden. Vi ser en liten økning i antall ungdommer som får behandling, men den er ikke stor nok til å si at prosjektet har hatt effekt på antall som får behandling i BUP. Det er mulig dette ville sett annerledes ut hvis prosjektperioden hadde vart lenger. Det kan også hende at SIHF sin modell må suppleres med tiltak som har vært prøvd ut i de andre to pilotprosjektene. Dette vil i så fall kreve betydelig større ressurser.

Hedmark

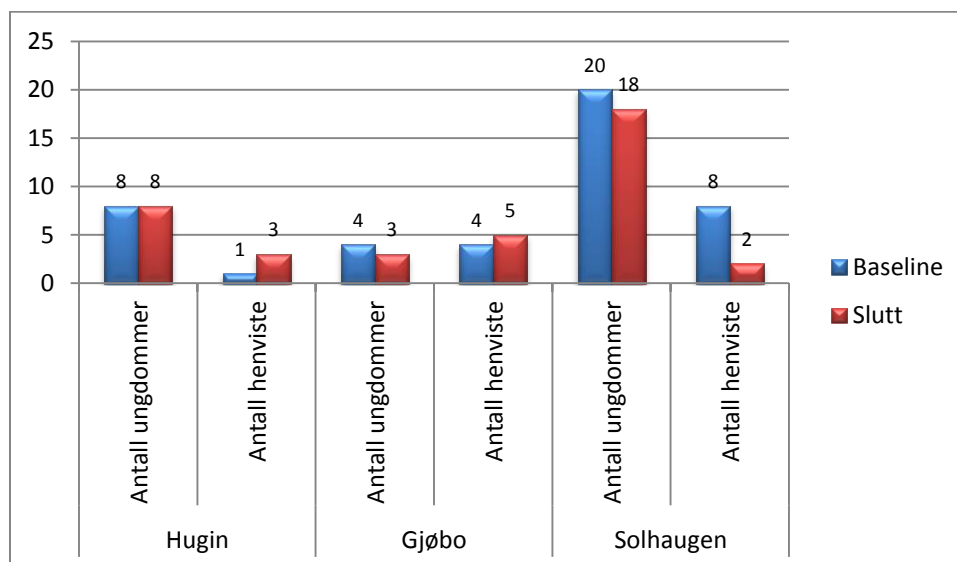


Fossumkollektivet ønsket ikke å underskrive samarbeidsavtalen. Dette fordi institusjonen har egen psykolog og psykiater ansatt, og de opplevde å håndtere eventuelle psykiske utfordringer godt nok internt. Fyrlykta ble avvirket i løpet av prosjektperioden. Disse institusjonene er dermed ikke tatt med i materialet for sluttevalueringen. Hedmark



Ungdoms- og familiesenter- akutt er forkortet til Hufsa, og Rena Ungdoms- og familiesenter er forkortet til Rufs av tabelltekniske hensyn.

Oppland



Ungdommene har ofte vært i institusjon over tid, og de har en annen sårbarhet enn andre ungdommer. Barnevernansvarlige i BUP opplever at man har fått en økt bevissthet rundt denne sårbarheten. Det har også vært økt fokus på viktigheten av miljøterapien i institusjonen. De som har vært involvert i prosjektet har fått et klarere innblikk i hvor belastende bakgrunn ungdommene i barneverninstitusjoner har.

7.2.1 Har helsehjelpen resultert i bedring?

Spørsmålet fremstår noe ambisiøst, tatt i betraktning tidsaspektet vi har hatt å forholde oss til i prosjektet. Bedring av psykisk lidelse vil vanligvis kreve lengre tid. Prosjektperioden blir for kort til å vurdere dette, da behandling av de som er fanget opp fortsatt pågår. BUP er avhengig av et tett samarbeid med barneverninstitusjonen for å få til et godt opplegg rundt hver av ungdommene. Det er viktig med felles målsettinger og tettere samarbeid for å gi tryggere rammer for ungdommen. Prosjektet har bidratt til at vi får til dette i større grad enn tidligere, slik rapporten beskriver.

Det er videre krevende å fastslå hva som har hjulpet, når det er flere tiltak eller endringer som inntreffer samtidig. I denne sammenhengen kan det være snakk om miljøterapi, skifte av miljø, BUP, forhold utenfor, eller endring av livssituasjon.



7.3 Faktorer av betydning for behandling, oppfølging og kontinuitet

7.3.1 Hvilken betydning har det hatt for behandlingstilbudet om omsorgssituasjonen har vært avklart eller ikke i pilotperioden?

Tiltak	Erfaringer
Retten til tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjonen er uavklart eller ikke er presisert i Retningslinjer for samarbeid: «En uavklart omsorgssituasjon er ikke i seg selv grunn til avvisning fra BUP»	Henvisninger til BUP fra barn i barneverninstitusjoner avvises ikke. Henvisninger til TIPS fra barn i barneverninstitusjoner avvises ikke.

I vårt område har ikke psykisk helsevern tradisjon for å avvise henvisninger som kommer fra barneverninstitusjoner på ungdommer under 18 år. Allikevel valgte vi å legge det inn som et punkt i retningslinjene for å understreke forventningen om dette. Her presiseres det at: «En uavklart omsorgssituasjon er ikke i seg selv grunn til avvisning fra BUP» står som eget punkt i Retningslinjer for samarbeid. Dokumentet er utdelt til alle involverte parter.

Det er også samarbeid mellom TIPS (Tidlig Intervensjon ved Psykose) og barneverninstitusjonene. TIPS er organisert som en selvstendig enhet i Sykehuset Innlandet. TIPS jobber arenafleksibelt ved behov, og kan reise ut til institusjonen og snakke med ungdommen der om dette er nødvendig. De har også hatt veiledning og informasjonsmøter med personalet ved institusjonene, hvor tema har vært psykoselidelse generelt.

7.3.2 Skifte av oppholdssted

3 har flyttet fra barneverninstitusjoner involvert i prosjektet. Alle innenfor samme BUP-opptaksområde. Det er varslet om 5 nye ungdommer til en involvert institusjon ved prosjektets avslutning. Se kapittel 7.3.3.

Akuttinstitusjonene er ikke inkludert i disse tallene.



7.3.3 Har evt skifte av oppholdssted ført til brudd i oppfølging av barn i løpet av pilotperioden?

Tiltak	Erfaringer
<p>Retningslinjer for samarbeid presiserer: «Hvis ungdommen allerede har en behandlingskontakt i BUP der de bodde før plassering må det avklares om det er aktuelt og mulig å fortsette denne kontakten. Hvis ikke må det sørges for en god overføring mellom BUPene.»</p> <p>«Der det er aktuelt at ungdommen skal over til andre tiltak bør dette så langt som mulig planlegges i god tid, slik at videre oppfølging er avklart. Det er viktig å sørge for at det blir en god overføring og overlapping til aktuelle instanser som skal overta ansvaret på det stedet ungdommen flytter til.</p> <p>Det må avklares tidlig hvorvidt ungdommen ønsker å henvises til ny BUP dersom ungdommen skal flytte ut av aktuelle BUP sitt opptaksområde, slik at det er god tid til overlapping mellom behandlerne.»</p>	<p>Samarbeidsavtalen er ment å fange opp dette, og vi ser at gjensidig forpliktelse er nødvendig for å unngå brudd.</p> <p>Når BUP ikke blir informert om at ungdommen flytter, blir det brudd.</p> <p>Skifte av oppholdssted fører til brudd i relasjonene, men en tilstreber å sikre god overføring til ny BUP.</p>

Det er enighet blant behandlerne i BUP om at det man må søke å tilstrebe er gode overganger mellom behandlere, men at det nødvendigvis må påregnes en form for brudd, i betydningen skifte av behandler. Ved flytting over større avstander, må det det avklares tidlig hvorvidt ungdommen ønsker å henvises til ny BUP dersom ungdommen skal flytte ut av aktuelle BUP sitt opptaksområde, slik at det er god tid til overlapping mellom behandlerne.

I *Retningslinjer for samarbeid* er det presisert viktigheten av tidlig planlegging av videre oppfølging når ungdommer flytter. I de akutte barneverninstitusjonene er imidlertid muligheten for en slik planlegging begrenset. I de månedlige møtene mellom barnevernansvarlige, ledere og helseansvarlige i de øvrige institusjonene, vil det vanligvis orienteres om eventuelle nye ungdommer inn til barneverninstitusjonen i god tid.

Barnevernansvarlige har rapportert at tre ungdommer har flyttet i løpet av prosjektperioden.

I ett enkelttilfelle fulgte behandler fysisk med til ny oppholdskommune, møtte ny behandler, og snakket med behandler og pasient. Dette var dels motivert av prosjektet, dels av at temaet har vært belyst også gjennom andre kanaler.

Det har også vært en utfordring at BUP ikke har fått vite at ungdommer skal/ har flyttet før de uteblir fra samtaler over tid, og BUP etterlyser ungdommen. Her er det rutiner som må



forbedres fra begge sider. Institusjonene må få rutine på å involvere BUP når ungdommene skal flytte, og BUP må også etterlyse pasientene tidligere

Når det gjelder varslede, tilflyttede ungdommer er 2 av disse er ivaretatt, de øvrige tre er angivelig svært unge, og en avventer avklaring omkring hvorvidt Han/ hun skal ha/ har tilknytning til behandlende instans i tidligere oppholdssted.

En har hatt et større fokus på overganger gjennom prosjektperioden.

7.3.4 Kjennetegn ved barna som får god hjelp/ mindre god hjelp

Lavt oppmøte til samtaler/ vegring mot BUP fører til at behandlingen blir sporadisk.

Helseansvarlige rapporterer at barn som har pågående rettsaker, det være seg omkring samvær, overgrep osv. har ofte fokus på rettsaken, og redselen for hva som skal skje fremover. I disse situasjonene blir BUPs bidrag i hovedsak støttesamtaler, ikke behandling. Noen har behov for stabilisering i forkant/ etterkant av samvær. Mange av barna som plasseres både i akuttinstitusjonene og de andre institusjonene har mange brudd i relasjoner og dårlig erfaring med hjelpeapparatet fra tidligere. . Det må jobbes kontinuerlig med motivering for å få ungdommene til å ta imot nødvendig hjelp også fra BUP der hvor det trengs. For ungdommer som er lite verbale, og som har mye motstand, er dette arbeid som ofte krever tålmodighet og tid.

7.3.5 Andre faktorer av betydning for oppfølging/ har evt ført til brudd i oppfølging

Helseansvarlig i barneverninstitusjonene rapporterer at det er avgjørende at ungdommen har personer rundt seg som er der over tid. Dersom personalet som jobber tett på ungdommen får økt sin forståelse for de uttrykkene ungdommen har på det som er vanskelig, vil det også bli lettere å møte dette. Når det er stabilitet i ansatte som jobber tett rundt ungdommen, bidrar dette til å hindre brudd. Ofte kan man oppleve at ungdommene er avvisende til hjelp. Det blir viktig å jobbe med å etablere en god allianse

Det gjennomføres samarbeidsmøter gjennom hele oppholdet til ungdommen. Her er alle involverte parter deltagende. Hvorvidt ungdommen selv ønsker å delta, og i hvilken grad, er varierende. Dersom ungdommen skal flytte, og det er aktuelt med skifte av BUP-behandler, vil både påtroppende og avsluttende BUP være aktuelle deltagere i møtet. Denne overlappingen starter gjerne noen måneder før flyttingen skal gjennomføres. Det er viktig at ungdommens avsluttende behandler deler sine erfaringer fra behandling. Hva har vært nyttig? Hva har vært mindre vellykket? Slik forsøker man å legge til rette for en god overføring, og unngå at ungdommen sitter med en følelse av å starte helt på nytt ved ny BUP.



7.3.6 Etiske problemstillinger og mulige løsninger

En del ungdommer er skeptiske til hjelp fra BUP. Disse ungdommene har gjerne flere erfaringer med svik fra voksne, de har opplevd mange brudd og har hatt flere ulike behandlingsrelasjoner. De har ofte liten tillit til voksne, og de har lite håp for seg selv. De kan gjerne ha et langt løp ved BUP fra tidligere, og ønsker ikke videre hjelp fra BUP. Det er også krevende å avgjøre når ungdommens avvisning er en utprøving av om personalet står der, og når det er et faktisk ønske om å slippe.

Det er viktig med respekt for ungdommens rett til selvbestemmelse/medbestemmelse, samtidig er det vanskelig når ungdommen avviser hjelp personalet kan anse helt nødvendig. Dette er situasjoner hvor godt motivasjonsarbeid er avgjørende.

7.3.7 Faglige og juridiske problemstillinger og mulige løsninger

BUPs informasjonsplikt i enkelte situasjoner kan komme i veien for kommunikasjon med ungdommene. Dersom ungdommen har en sak som skal opp i fylkesnemnd eller andre deler av rettsapparatet, kan man se for seg ett scenario hvor ungdommen ikke ønsker å fortelle noen ting fordi han/ hun vet at det som sies kan brukes i retten. Samtidig kan man se for seg et scenario der ungdommen trodde at det han/ hun fortalte ikke skulle deles, men det ble likevel brukt i retten. Dette er utfordrende med tanke på muligheten til å hjelpe og støtte ungdommen, fordi ungdommen opplever at tilliten ble brutt fordi det han/ hun fortalte ble videreformidlet. En tilstreber å være åpen med ungdommene om hvilke plikter og lover som gjelder, men man opplever likevel at det tidvis oppstår misforståelser.

Taushetsplikten er en viktig del av vernet om den enkelte persons integritet og er ment å hindre at opplysninger om den enkelte blir spredd uten at vedkommende er kjent med det. Samtidig kan bestemmelsene oppleves som en hindring i å drøfte ungdommer som ikke er i behandling hos BUP. Det er mulig å drøfte anonymt, men en oppnår bedre drøftinger dersom ungdommen har gitt samtykke til drøftingen i forkant. Det er derfor viktig å motivere for samtykke.

Helseansvarlige er i stor grad enige om at større tverrfaglighet styrker muligheten for å ivareta psykisk helse hos ungdommene i institusjonene. Slik kravet er i dag, skal 50 % av de ansatte i barnevernsinstitusjonene ha barnevern- eller sosialfaglig høgskolekompetanse. Utfra de omfattende vanskene ungdommene ofte har, kan det stilles spørsmål om dette er godt nok.

Tidvis kan barneverninstitusjonen oppleve høy forventning fra barnevernstjenesten om at det skal startes opp med samtaler i BUP raskt for en nyankommet ungdom, mens de ansatte i institusjonen mener at ungdommen må få tid til å bygge relasjon til de voksne i institusjonen først. Det kan være ødeleggende for behandlingsmotivasjonen til en ungdom å bomme på timingen. Det er nødvendig med et visst nivå av motivasjon for å ha utbytte av samtalerapi. En må derfor vurdere hvor viktig det er at BUP kommer inn med en gang.



Inntak og innhold

Prosjektets hovedfokus er at barn i barnevernsinstitusjoner skal få tilgang på BUPs tjenester. Når tilgangen er ivaretatt og ungdommen har fått et tilbud i BUP, er en ny fase i samarbeidet mellom BUP og barnevernsinstitusjoner igangsatt, nemlig hvilket innhold tilbudet skal ha.

Vi erfarer at i enkelte tilfeller vil ulikt kunnskapsgrunnlag i hhv BUP og barnevernsinstitusjoner bidra til ulike intervensjoner. Et eksempel kan være emosjonelt ustabile ungdommer som er plassert i barnevernstiltak hvor tilsyn og sikring av ungdommen er vesentlig element i plasseringen. Tiltaket kan bidra til symptomreduksjon, noe som er et gode. Samtidig kan slik sikring være direkte hemmende for videre utvikling hos ungdommen. BUP og barnevernet kan ha intervensjoner som står i direkte motsetning til hverandre. Dette er eksempel på problemstillinger vi må løfte og ha fokus på for å få til en samkjørt innsats.

Helseansvarlige forteller at de opplever tilbudet til ungdom svakest på kveld, natt og helg. En barneverninstitusjon ytrer ønske om større grad av fleksibilitet fra BUP, især på disse utsatte tidspunktene. Det ytres forståelse for systemene BUP jobber i, men det er tidvis behov for å ha noen å henvende seg til utover kommunal legevakt.

Det viser seg ofte krevende å få til et godt skoletilbud for disse ungdommene. Dette skyldes flere forhold. Det er viktig at ungdommene ikke faller ut av skole mens de er på institusjon. Det krever innsats fra alle parter for å sørge for at det etableres og opprettholdes et skoletilbud som ungdommene er i stand til å gjøre seg nytte av.

7.4 Hvordan har man klart å sikre kontinuitet fra alle involverte instanser

Tiltak	Erfaringer
Det er presisert i Retningslinjer for samarbeid hvilke opplysninger som skal foreligge innen en gitt tid.	Vi har ikke klart å hente inn informasjon som beskriver i hvilken grad dette foregår.
Viktigheten av IP understrekes i Retningslinjer for samarbeid.	Svært få ungdommer har IP. Det er ikke målt endring i dette i løpet av prosjektperioden.

Det presiseres i *Retningslinjer for samarbeid*: «For at ungdommene og deres foresatte skal oppleve sammenheng og forutsigbarhet i samarbeidet der mange instanser er inne i bildet samtidig, er det viktig at informasjonen er tilgjengelig. Dette må skje i direkte møter med ungdommen og deres foresatte. Individuell plan (IP) er et godt verktøy. Dette gjelder spesielt hva angår planer for videre tiltak.»



Det presiseres i *Retningslinjer for samarbeid*: «I møter mellom BUP og barneverninstitusjonen er det viktig at institusjonen sikrer at det følger med nødvendig informasjon om ungdommen. Dette gjelder alle ungdommer som kommer til institusjonene i prosjektperioden.

Viktige opplysninger skal foreligge innen 2 uker. Dette vil blant annet være:

- Ansvarsforhold, hvilken barneverntjeneste er ansvarlig, hvilken Bufetat-region.
- Beskrivelse av ungdommenes historie og familieforhold, informasjon fra ungdommen, barneverntjenesten eller andre viktige voksne i barnets liv.
- Bakgrunnen for søknad om institusjonsopphold.
- Ungdommens skole og/eller arbeidssituasjon, fritidsaktiviteter.
- Beskrivelse av tidligere kontakt med BUP eller andre helserettede tiltak.
- Ungdommens syn på plassering.
- Samarbeidsforhold med foreldre/foresatte/pårørende, og deres syn på institusjonsplassering.
- Vurderinger av målsetting og tidsperspektiv ved opphold, mulige utfordringer»

De beskrevne tiltakene tar sikte på å sikre kontinuitet. Se for øvrig kapittel 7.4.

7.5 Samarbeidspartnere

7.5.1 Hvordan vurderer de samarbeidet og kontinuitet i oppfølgingen av barna?

Helseansvarlige rapporterer at innføringen av barnevernansvarlige ved BUP har gitt merkbart økt tilgjengelighet til BUP. Barneverninstitusjonene opplever dermed ikke å sitte alene med problematikken. Det oppleves godt å kunne ringe når det oppstår akutte situasjoner, og man opplever at BUP og barneverninstitusjonen jobber mot det samme målet. Dersom man avslutter denne samarbeidsformen nå vil konsekvensen bli lavere tilgjengelighet fordi eventuelle telefoniske henvendelser til BUP ville tilfalle den ved BUP som var tilgjengelig på aktuelle tidspunkt, og man ville således få et samarbeid som i større grad var preget av tilfeldigheter. Terskelen for å ta kontakt vil øke når relasjonene forsvinner.

Opplevelsen fra barneverninstitusjonene er at det har vært god kontakt og dialog med BUP, også før prosjektet startet, men ordningen har bidratt til at en har fått klarere linjer mellom BUP og institusjonene.

En av de involverte sier:

«Det har alltid vært et godt samarbeid mellom institusjonene og BUP Hamar, men gjennom prosjektperioden har det blitt en tydeliggjøring av at man kan ringe, og til hvem.»



Enkelte barneverninstitusjoner er opptatt av oppfølging på kveld, natt og helg, altså når poliklinikken er stengt. Det er delte erfaringer med kommunal legevakt, og det er foreslått opprettelse av ambulante akutt-team ved flere poliklinikker. Dette har vi ikke hatt ressurser til å ta fatt i gjennom prosjektperioden.

8. Oppsummering og anbefalinger

8.1 Hvordan passer modellen/ metoden

Modellen er tilpasset den desentraliserte BUP-organiseringen i Sykehuset Innlandet.

Det er udelt positive tilbakemeldinger fra begge virksomheter på at prosjektet har bidratt til tettere samarbeid og bedre samarbeidsrelasjoner.

De fleste rapporterer om gode erfaringer med månedlige møter, og tett kontakt mellom barneverninstitusjoner og BUP.

I samarbeid med de akutte barneverninstitusjonene, viste månedlige møter seg å være for sjelden, hvilket var noe av bakgrunnen for den ekstra innsatsen mot akutt-institusjonene. Dette er beskrevet i vedlagt delrapport. Grad av hyppighet når det gjelder de faste møtene har variert avhengig av hvor ofte institusjonene får nye ungdommer inn. Møtene har vært gjennomført kvartalsvis, hver 6. uke, eller månedlig. De ungdommene som er i behandling hos BUP er det opprettet eget samarbeid rundt, som kommer i tillegg til de faste samarbeidsmøtene. Det er også kontakt mellom barneverninstitusjonene og barnevernansvarlig pr telefon og mail utenom den avsatte møtetiden. Man opplever gjensidig at dette fungerer godt.

Det står i *Samarbeidsavtalen* at ledelsen skal være representert i de månedlige møtene mellom BUP og barneverninstitusjoner. Dette gjennomføres ikke i alle områder, da det enkelte steder er vanskelig for ledelse å prioritere dette hver gang. Det oppleves heller ikke som et behov, med mindre det oppstår saker eller utfordringer som krever at lederne kjenner hverandre og er deltagende rundt den aktuelle saken.

En av barneverninstitusjonene med egen ansatt psykolog og psykiater har opplevd det noe utfordrende å utnytte et slikt tett samarbeid på en nyttig måte, da de har hatt en opplevelse av å håndtere psykiske utfordringer hos ungdommene selv. De har derfor valgt ikke å underskrive samarbeidsavtalen. Det kan være positivt at institusjoner som har større grad av tverrfaglighet blant annet ved å ha ansatt psykologer, kan gi et mer helhetlig tilbud innenfor institusjonens rammer.

Det kan likevel stilles spørsmål ved om barn/ ungdom ved dette kan risikere å ikke få vurdert sine rettigheter til hjelp i spesialisthelsetjenester.



8.2 Hvem må samarbeide?

Det er presisert i *Retningslinjer for samarbeid* at: «I den grad enkeltungdommer skal drøftes, skal ungdommene være informert om dette i forkant, og ingen beslutninger skal fattes uten at ungdommen selv har fått mulighet til å uttale seg.» Dette innebærer at den enkelte ungdommen er en viktig samarbeidspartner.

I vårt prosjekt har samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjoner i hovedsak foregått mellom barnevernansvarlige i BUP og helseansvarlige i barneverninstitusjonene. De helseansvarlige forteller at ungdommene blir møtt med større forståelse fordi de voksne snakker sammen. Godt samarbeid påvirker ungdommene, og det tette samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjonene, som i dette prosjektet baserer seg på å bygge relasjoner mellom etatene, har vist seg å være nyttig. Samarbeidet i denne sammenhengen omhandler ikke bare fokus på enkeltsaker, men relasjonsbygging over tid.

Det er også nødvendig å utvikle samarbeid med den kommunale helsetjenesten i den aktuelle kommunen institusjonen ligger i, eksempelvis fastlegen. Dette samarbeidet må koordineres, fortrinnsvis av den aktuelle barnevernstjenesten som har ansvaret for plasseringen av den aktuelle ungdommen.

Ungdommer flytter tidvis fra barneverninstitusjoner til andre tiltak eller hjem til foreldre. Godt samarbeid mellom aktuelle instanser er nødvendig for en god overføring. Det er viktig at ungdommen selv blir hørt og sett i slike overganger. I saker der ungdommer skal flytte, og det har vært en behandlingsrelasjon, er det nødvendig med gode rutiner for overlapping mellom aktuelle poliklinikker, slik det er beskrevet i siste avsnitt i kapittel 7.3.5.

8.3 Hvordan samarbeide?

I *Retningslinjer for samarbeid* er det presisert: «For at ungdommene og deres foresatte skal oppleve sammenheng og forutsigbarhet i samarbeidet der mange instanser er inne i bildet samtidig, er det viktig at informasjonen er tilgjengelig. Dette må skje i direkte møter med ungdommen og deres foresatte. Individuell plan (IP) er et godt verktøy. Dette gjelder spesielt hva angår planer for videre tiltak.»

Store avstander er en utfordring for tett samarbeid. I Sykehuset Innlandet er det et pågående prosjekt, SMARTsam. I praksis går prosjektet ut på å etablere muligheten for sikker videokonferanse gjennom HelseNett, hos samarbeidende aktører utenfor sykehuset. Dette for i større grad å eliminere begrensningen som ligger i store avstander. Prosjektet beskrives kort slik: «Prosjektet SMARTsam går ut på å benytte tilgjengelig teknologi inn i samhandlingen mellom behandler og pasient i helsetjenesten. I et pasientforløp er det mange aktører som er involvert i møter både med og uten pasienten til stede. Hvis vi klarer å redusere kjøretid ved bruk av videoløsninger, gir det gode gevinster for alle.» Flere av barneverninstitusjonene i vårt område er koblet på dette prosjektet.



Gjennom prosjektperioden har det kommet utelukkende gode tilbakemeldinger fra alle involverte parter, på å ha et relasjonelt samarbeid. Det å kjenne den man skal samarbeide med, vite hvem man kan kontakte og hva de innehar av kompetanse, er et definitivt gode i samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjoner. Dette hever tilliten til hverandre, og det senker terskelen for å ta kontakt. Dette er beskrevet på ulikt vis gjennom rapporten. Det understrekes at det er nødvendig å samarbeide både gjennom faste, jevnlig møter og på saker, fordi sakssamarbeidet går lettere når det generelle samarbeidet er på plass

8.4 Ressursbehov i oppstartsfasen og i drift

Prosjektet har vært mest ressurskrevende innledningsvis. Det ble da benyttet mye tid til å kartlegge vårt område, hva som finnes av institusjoner, antall, type, underavdelinger, antall ungdommer, og andre opplysninger vi fant nyttige når vi skulle planlegge strukturen og fremdriften for prosjektet. Når strukturen er lagt, kan dette arbeidet i stor grad utgå, dersom man ikke finner det nødvendig å gjøre nye målinger.

Det ble videre prioritert å benytte en del tid på å formulere dokumentene som beskriver forventninger til samarbeidet mellom BUP og barneverninstitusjonene. Det var et mål at begge virksomheter skulle ha et eierforhold til dokumentene, og oppleve dem som nyttige. Dokumentene kan integreres i eksisterende systemer på sikt.

Det er ulike erfaringer på hvor ressurskrevende driften av arbeidet er. Dette avhenger blant annet av hvilke typer institusjoner som finnes i området, og hvilke faglige ressurser barneverninstitusjonen selv har. Her er det store variasjoner. Der det er utelukkende omsorgsinstitusjoner med plasseringer opp mot et år, oppleves ansvaret som barnevernansvarlig greit håndterlig med dagens ressurser. Barnevernansvarlige som har ansvaret for barneverninstitusjoner med hyppigere skifter, opplever at det er knapt med ressurser for å følge opp barneverninstitusjonen i tilstrekkelig grad.

Dersom modellen for øvrig vil føre til sterk økning av antall henvisninger vil dette gi økt ressursbehov. Systemarbeidet kan imidlertid bestå.

8.5 Fordeler for organisasjonen: BUP/ Barnevern

Modellen bygger på allerede eksisterende organisering av BUP i Sykehuset Innlandet. Endringen ligger i utpekingen av barnevernansvarlige. Barnevernansvarlige får et tydelig definert ansvar. Det er også stor grad av lederinvolvering ved alle poliklinikkene. En slik organisering innebærer at hver enhet i liten grad utsettes for endringer og omveltninger.

Sykehuset Innlandet har et stort opptaksområde. Når ansvaret legges ut lokalt i BUP poliklinikker, besørger man samtidig at avstanden mellom barneverninstitusjonen og den barnevernansvarlige, blir så liten som mulig. Dette øker effektiviteten og senker



belastningen på de barnevernansvarlige. Jevnlige fastlagte møter, bidrar til at en del problemstillinger kan avvente til disse møtene. Dette gjør at evt telefoner uteblir.

Man får kjennskap til og kunnskap om hverandres områder, hvilket øker forståelsen for hverandres ansvar. Samarbeid på systemnivå kommer også ungdommene til gode, fordi de ansatte i de ulike virksomhetene vet gjensidig hvordan man skal presentere hverandre. Det har vært en fordel at BUP fikk en økt bevissthet om behovene i denne gruppen av ungdommer. Samarbeidet var godt fra før, men har nå kommet i en strammere ramme. Det har vært en fordel.

8.6 Fordeler (utbytte) for personalet: BUP/ Barnevern

Involvert personale i begge virksomheter rapporterer at de opplever å få bedre kjennskap til hverandres faglige grunnlag og hverandres arbeidshverdag, med de rammer hver av dem jobber under, og derigjennom økt forståelse for hvilke muligheter og begrensninger som finnes hos den andre. Dette igjen gir grunnlag for godt samarbeidsmiljø.

Når rollen som barnevernansvarlig er lagt ut lokalt til poliklinikkene, vil barneverninstitusjonen bli satt direkte i kontakt med den BUP Poliklinikken de skal samarbeide med, uten noen form for mellomledd. Dette forenkler prosessen, og man får raskere svar på spørsmål om poliklinikkens muligheter for tilrettelegging, kapasitet og andre spørsmål som omhandler poliklinikken. Gjennom jevnlig samarbeidsmøter oppnår man en tettere dialog omkring den ungdommen man skal jobbe med, og de involverte nyter gjensidig fordel av den andres kjennskap til ungdommen og saken.

Samarbeidet er ordnet i en fast struktur, noe som gir orden og forutsigbarhet i arbeidshverdagen.

Det rapporteres samtidig at det i perioder kan være utfordrende å finne tid til møtene, og at dersom det skulle bli stadige kriser og krevende saker, ville ansvaret som barnevernansvarlig blitt for mye i tillegg til ordinært arbeid.

8.7 Hva synes å være fordeler (utbytte) for barnevernsbarna

Flere av de BUP-ansatte rapporterer at de fanger opp ungdommene tidligere, og at de kan være raskere «på» ved behov når det allerede er opprettet kontakt og dialog med institusjonen, uten at vi har målbare data på dette. Dette gjør at BUP fremstår mer tilgjengelig for ungdommene.

Også her er det en fordel at man settes i direkte kontakt med den BUP poliklinikken man skal forholde seg til. Barnevernansvarlige for akuttinstitusjonene forteller at de vanligvis tar oppdraget med oppfølgingen selv, der det er behov. Dermed blir det færre voksne å forholde seg til.



Helseansvarlige sier at for mange av disse barna er det vesentlig at de voksne rundt dem blir værende over tid. Når forståelsen for den bakenforliggende lidelsen øker, blir det også lettere å møte og håndtere de uttrykkene ungdommene har.

Det er gode erfaringer med å kunne ha innledende samtaler med ungdommene i barnevernsinstitusjonen, der hvor det er aktuelt. Ved å møte ungdommene først på trygge/nøytrale arenaer, skaper man større trygghet. Arenafleksibilitet er tidkrevende. Det er også viktig at når en skal jobbe med motivasjonen til en ungdom for å starte opp behandling hos BUP, er det aktuell behandler ungdommen møter, ikke en barnevernansvarlig først. Dette for å unngå at ungdommen må forholde seg til flere voksne enn nødvendig.

8.8 Vurdering av mulige gevinst på individ, - system, - og samfunnsnivå

Prosjektet har krevd endringer i organisasjonene, men man tar utgangspunkt i allerede eksisterende struktur, og tilbakemeldingene fra de barnevernansvarlige er at de snarere opplever endringen som et skifte av fokus enn en omorganisering. Det er enighet om at gevinsten ved denne endringen er større enn belastningen.

Gjennom jevnlige møter mellom BUP og barneverninstitusjoner, og brosjyren om BUP får de ansatte i barnevernet bedre kjennskap til lokal BUP. Dette viser seg å medføre hyppigere og positiv omtale av BUP i institusjonene, både mellom ansatte, og mellom ansatte og ungdommer. Dette er i seg selv viktig motivasjonsarbeid. Det er også en nyttig bevisstgjøring blant personalgruppen i institusjonen, som i større grad tenker BUP inn som en naturlig samarbeidende instans. Holdninger hos de ansatte skinner igjennom, og dette fanger ungdommene opp. At vi har gode holdninger overfor hverandre, påvirker motivasjonen til ungdommene, og at vi har like holdninger til ungdommen og aktuell problematikk, skaper trygghet for ungdommen.

Faren for misforståelser avtar når man snakker sammen, og det gir styrket samarbeid. Det kan bli mange rundt barnet, og da kan det bli vanskelig å nå alle. I forlengelsen av dette oppnår vi at ungdommene kommer i sentrum.

I vår modell vurderer BUP og barneverninstitusjonen hjelpebehovet til ungdommen sammen. Dette ser ut til å gi bedre og raskere henvisninger enn tidligere.

8.9 Hvordan planlegger helseforetaket å jobbe videre med temaet etter prosjektslutt

Tilbudet tenkes videreført, men i en noe annen/ mer tilpasset form. Etter prosjektets oppstart er det etablert ytterligere institusjoner i distriktet. Disse er ikke inkludert i prosjektet, men må inkluderes i et mer permanent tilbud. Det må avtales regelmessige møter mellom ledelse i BUP og barnevernsinstitusjonene for å holde fokus på de etablerte rutinene og gjøre nødvendige forbedringer. Det er ønskelig å fortsette med regelmessige fagdager. I tillegg er det ønskelig å få til et mer strukturert samarbeid med kommunal helsetjeneste, bla fastlegene i de kommunene institusjonene er lokalisert.



9. Oppsummering

9.1 Oversikt over institusjoner

Gjennom prosjektet har vi fått god oversikt over institusjonene i vårt område. Dette gjelder både antall, hvordan de fordeler seg mellom private og statlige institusjoner, organisering, hvilke paragrafer de tar imot barn og ungdommer på og bemanningssammensetning/kompetanse. Funnene avdekker variasjon på alle disse områdene, og vi ser at dette igjen influerer på organiseringen av samarbeidet med BUP. Eksempelvis så vi raskt at en samarbeidsmodell som fungerte godt med omsorgs-, behandlings- og atferdsinstitusjoner, ikke lot seg overføre direkte til akuttinstitusjonene med like stort hell. Her var det nødvendig å samarbeide langt tettere med institusjonene for å kunne fange opp flere ungdommer.

Videre har vi funnet at institusjoner med høy kompetanse på psykisk helse internt, institusjoner som har egne behandlere i institusjonen, ikke er så motivert for samarbeid som institusjonene som ikke har like lett tilgang på denne kompetansen. Vi ser også variasjon mellom institusjoner med ansatt egne psykologer. Mens den ene av institusjonene valgte ikke å underskrive samarbeidsavtalen fordi de opplevde å håndtere aktuell problematikk godt nok internt, erfarte den andre institusjonen med egne psykologer at ungdommene ofte ønsket å ha behandlingssamtaler utenfor institusjonen.

9.2 Samarbeid.

Vi har i vårt prosjekt vektlagt at alle involverte parter har fått innflytelse på de store avgjørelsene. Dette gjennom eksempelvis kick-off dagen i november 2016, hvor representanter fra alle involverte parter satt sammen og utformet innholdet i de sentrale dokumentene *Samarbeidsavtalen* og *Retningslinjer for samarbeid*. På den måten har de som har utformet rutineene vært de som også skal gjennomføre dem, og som derfor best vet hva som har vært mulig å få til, og hva som er nyttig.

Enhetsledere i BUP har vært innkalt til møter med styringsgruppa 3 ganger i løpet av prosjektperioden for innspill og informasjon.

De involverte partene har gitt gode tilbakemeldinger på det relasjonsfokuserede samarbeidet, og beskriver at det gir et bedre utgangspunkt for tatt samarbeid når man samarbeider med personer fremfor systemer.

9.3 Videreføring av arbeidet

Vårt prosjekt er inkludert i drift allerede, og er derfor mulig å videreføre etter endt prosjektperiode. For å få dette til uten styring fra styringsgruppe/ prosjektleder, er det nødvendig med god ledelsesforankring. Her er det en styrke at aktuelle avdelingssjefer har sittet i styringsgruppa, og dermed kjenner prosjektet godt. Det er også ønskelig å videreføre de felles fagdage mellom BUP og barneverninstitusjoner, og dessuten innkalle til



samarbeidsmøter på ledelsesnivå for å evaluere samarbeidet og foreliggende avtaler. Det er fremmet forslag om å arrangere en ny fagdag, tilsvarende kick-off-dagen, hvor man har fokus på veien videre, og hvordan de gode erfaringene man har oppnådd kan ivaretas og videreføres.

Vi tror det er for tidlig å se full effekt av vårt prosjekt. Det har vært mulig å komme et stykke innenfor den avgrensede prosjektperioden, men det tar tid å bygge rutiner, og det vil trolig være behov for justeringer underveis. Det kan tenkes at vi vil hente mer effekt fra de tiltakene som er satt i gang når de har fått virke en lengre periode.