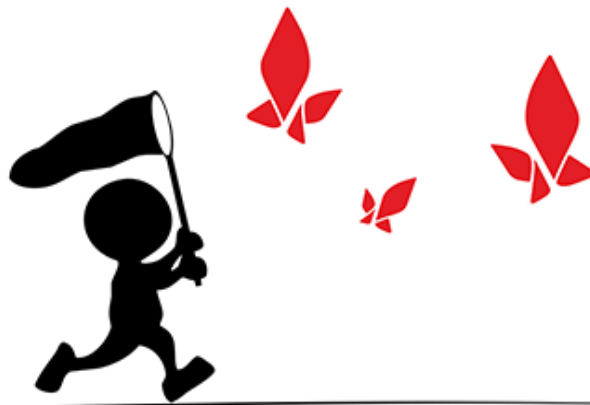


Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner



Det handler om å se mulighetsrommet og å gripe sjansen

Et prosjekt i regi av Helse Sør-Øst ved Sykehuset Østfold 2016-2017



Innhold

4.0 SAMMENDRAG	3
Hovederfaringer	3
Anbefalinger	4
4.1 Innledning.....	5
Bakgrunn	5
Generell innledning	5
Mandat gitt fra Helse Sør-Øst RHF	6
Helse Sør-Øst RHF har definert følgende mål i prosjektet	6
Overordnede mål	6
Resultatmål	6
Effektmål	6
4.2 Sammenstille og beskrive prosessen i prosjektet	7
Avklaring av oppdrag lokalt	7
Lokal styringsgruppe.....	7
Sykehusledelse/Avdelingsledelse i BUP/HABU	8
Lokal Prosjektgruppe, ressursbruk og bemanning	9
4.2.1 Forarbeid, struktur, inklusjon – og eksklusjonskriterier.....	9
4.2.3 Gjennomføring og endringer. Rutiner og prosedyrer for arbeidet.	10
Prosjekt del 1	10
Fig. 2 – henvisningsrutiner i prosjekt del 1, for ungdom som bor på barnevernsinstitusjon:	12
Prosjekt del 2	13
4.3 Delmål 1. Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes.....	14
4.3.1 Antall inkluderte barn.....	14
4.3.2 Mulige årsaker til at ungdommer ikke blir henvist til PHBU	15
Manglende samtykke	15
Barneverntjenesten ”venter og ser ”	16
”Hva kan PHBU gjøre som institusjonen ikke allerede gjør?”	16
4.3.3 Henvisningsrutiner og ventetid	17
4.4 Delmål 2. Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for	17
4.4.1 Hvilken helsehjelp har barna fått, knyttet til oppdaget og avdekket psykisk lidelse?	18
Kartlegging/oppstart	18
Utredning og diagnostisering. Intervensjon og oppnådd resultat	18
Behandling. Har helsehjelpen resultert i bedring?.....	21

4.5 Delmål 3. Barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang til behandling uavhengig om omsorgssituasjonen er avklart eller ikke.....	26
4.6 Delmål 4. Hindre brudd i oppfølging fra barnevern og/eller spesialisthelsetjenesten grunnet skifte av oppholdssted.	27
4.6.1 Har det vært skifte av oppholdssted i perioden? Har skifte av oppholdssted ført til brudd i oppfølgingen av barn i pilotperioden?.....	27
4.7 Delmål 5. Kontinuitet sikres fra alle instanser.....	28
4.7.1 Samarbeidspartnere	29
Individuell plan (IP).....	29
Helseansvarlig/barnevernsansvarlig	29
Felles dokumentasjonssystem?.....	30
4.8 Etske, juridiske og faglige utfordringer	30
4.8.1 Juridiske utfordringer	30
Samtykke	30
Tilgang til kommunale tjenester.....	34
Psykologer i barnevernet.....	34
4.8.2 Etske utfordringer.....	35
4.8.3 Faglige utfordringer	35
Faglige utfordringer i tverretattlig samarbeid	35
4.9 Oppsummering og anbefalinger.....	37
4.9.1 Hvordan passer modellen?.....	37
Teamets kompetanse	38
Organisering av teamet	38
Teamets tilgjengelighet	39
Henvisningsrutiner	39
Pasientforløp	39
Hvem må samarbeide og hvordan samarbeide?	40
4.9.2 Ressursbehov i oppstartsfasen og drift	40
4.9.3 Fordeler og utfordringer for organisasjonen PHBU/Barnevern	40
4.9.4 Fordeler (utbytte) og utfordringer for personalet: PHBU/Barnevern.....	41
4.9.5 Hva synes å være fordeler (utbytte) og utfordringer for barnevernsbarna?.....	42
4.9.6 Vurdering av mulige gevinst på system og samfunnsnivå	42
4.10 Hvordan planlegger helseforetaket å jobbe videre med temaet etter prosjektsslutt	42
Vedlegg.....	44

4.0 SAMMENDRAG

I henhold til Kayed med flere har ungdommer som bor på institusjon en dårligere psykisk helse enn øvrige ungdommer i samfunnet (Kayed et.al, 2014). Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet og iverksette et samarbeidsprosjekt mellom lokale helseforetak i regionen og Bufetat region Øst. Målet med prosjektet var å prøve ut ulike tjenestemodeller som skal bidra til økt samarbeid mellom barneverntjenesten og helsetjenesten, og i større grad sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelpen de har behov for.

Helse Sør-Øst RHF definerte følgende målsettinger som de lokale prosjektene skulle svare på gjennom å utforme ulike modeller og samarbeidsformer:

1. Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes
2. Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for
3. Man får tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjon er uavklart eller ikke
4. Hindre brudd i oppfølging av barn /unge henholdsvis fra barnevern og /eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted
5. Kontinuitet sikres fra alle instanser

I Sykehuset Østfold ble Ambulant Innsatsteam i avdeling BUP/HABU valgt til å gjennomføre delprosjektet. Delprosjektet ble bevilget midler tilsvarende 2,5 årsverk (100 % prosjektleder, 100% prosjektmedarbeider og 50% psykologspesialist) for å gjennomføre prosjektet i perioden 01.06.16 – 31.12.17. Prosjektgruppen ble i oktober 2016 utvidet med ca. 70 % legeressurs. Også andre medarbeidere i Ambulant Innsatsteam har hatt oppdrag i prosjektet. Den lokale prosjektgruppens oppdrag var å finne metoder og svare på de definerte delmålene gjennom en fleksibel og tilgjengelig tilnærming til ungdommene og institusjonene. I utgangspunktet ble alle barnevernsinstitusjoner i Østfold invitert til å henvise ungdommer de vurderte å ha behov for helsehjelp direkte til prosjektgruppen på Åsebråten. Det bor omkring 150-170 ungdommer på barnevernsinstitusjoner i Østfold. I perioden juni 16 – mars 17 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 vi klarte å etablere med institusjonene. Midtveis i prosjektet ble det derfor igangsatt et tettere samarbeid med 3 ulike institusjoner for å se økt samarbeid med institusjonen medførte flere henvisninger og bedre pasientbehandling. I denne perioden har vi fått henvist 11 av 12 ungdommer som har bodd på de tre barnevernsinstitusjonene vi har samarbeidet tett med. Til sammen har prosjektgruppen fått henvist 35 pasienter som har inngått i prosjektet.

Hovederfaringer

1. Det er behov for å prøve ut nye **henvisningsrutiner/ventetidsordninger**
 - a. Ventetider på opptil 2-3 måneder gjør at mange ungdommer ikke samtykker til henvisning, eller har trukket samtykke i ventetiden.
 - b. Vi har sett at en umiddelbar henvisning vedrørende ungdommer plassert i akuttinstitusjonene har medført økt tilgjengelighet for å motta helsehjelp.
 - c. Ungdom på institusjoner har ofte vanskeligheter med å samtykke til en henvisning og trenger mer støtte og hjelp for å kunne ta i mot hjelp. Det er behov for et tett

samarbeid mellom PHBU og institusjonen for å gi god nok informasjon om helsetilbudet.

2. Det er behov for å utfordre **samtykkelovgivningen**. Finnes det muligheter innen eksisterende lovverk eller bør lovverket endres?
 - a. Dette gjelder ved behovet for samtykke ved henvisning, ved iverksettelse av helsehjelp og underveis i pasientløpet.
 - b. Det er behov for å vurdere muligheten for samtykke til tverretattlig samarbeid og veiledning selv om ungdommen selv ikke ønsker helsehjelp.
3. Det er behov for å utvikle **rutiner og metoder for utredning og behandling** av ungdommer med et svært komplekst symptombilde.
 - a. Dette krever bredde i teamets kompetanse.
 - b. Det er behov for spesialistkompetanse innenfor områder som personlighetsforstyrrelse, rus, alvorlige traumer osv.
 - c. Det er behov for en særskilt kompetanse for å kunne gjøre nødvendige differensialdiagnostiske vurderinger i situasjoner hvor ungdommen lever under uavklart omsorg og/eller hvor det foreligger alvorlig omsorgssvikt i utgangspunktet.
 - d. Tilbudet som gis må være svært fleksibelt og ambulans. Det er nødvendig å jobbe i team for å sikre at oppfølgingen ikke blir påvirket av ulike uforutsette hendelser, som sykdom, kurs osv.
4. Det er behov for å utarbeide og teste ut **samarbeidsavtaler** på flere nivåer. Inn i dette arbeidet ligger å utforme samarbeidsrutiner med barnevernsinstitusjoner, barneverntjenester og skoler. Det er behov for å teste ut bruken av **individuell plan (IP)**.
 - a. Nødvendig å jobbe med å etablere et felles ansvar fremfor «enten – eller» tilbud, hvor de ulike instansene lett kan fraskrive seg ansvar.
 - b. Klare avtaler om rolleforventninger slik at ungdommene ikke «faller mellom stoler».
5. Det er behov for å **etablere felles fagutvikling og felles forståelse** av de ungdommene som instansene jobber sammen om.
 - a. Ulikt språk og forventninger medfører unødvendige konflikter og vanskelig samarbeid
 - b. Tett samarbeid og felles fagdager har hatt en positiv generell påvirkning på

Anbefalinger

Dette er ungdom som i svært stor grad «faller mellom alle stoler». Det vil være behov for å utvikle nye systemer og metoder som er bedre tilpasset denne pasientgruppen. Det anbefales at det etableres spesialiserte tverrfaglige team. Et tverrfaglig spesialisert team er nødvendig for å forstå, ivareta og tilrettelegge ungdommens komplekse og sammensatte vansker. Som gruppe har ungdommene alvorlige vansker knyttet til rus, voldsproblematikk, skadelig seksuell atferd og personlighetsproblematikk. Dette medfører utfordringer både i organisasjon og for behandlere. Arbeidsformen må være ambulans og tilgjengelig, og med en fleksibilitet som kan gi mulighet for å tilpasse et særskilt tilbud til ungdommene gjennom «skreddersøm». Tverrfaglig spesialisert team kan også inneha oppgaven som barnevernsansvarlig i PHBU. Det vil også være hensiktsmessig med et spesialisert ambulans team for å kunne ivareta det komplekse systemsamarbeidet både i eget system og med eksterne instanser.

4.1 Innledning

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.

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.

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.

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 Østfold

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.

4.2 Sammenstille og beskrive prosessen i prosjektet

Avklaring av oppdrag lokalt

I forkant av prosjektarbeidet ble det avholdt møte med Bufetat Øst, med representanter fra Bufetat og PHBU, Avdeling BUP/HABU Sykehuset Østfold. Det ble avklart at målet med prosjektet var å *utarbeide en modell* gjennom tverretattlig samarbeid og praksisnær utførelse som i større grad sikrer helsehjelp til ungdom i barnevernsinstitusjoner, og som senere eventuelt kan implementeres i ordinær drift. Prosjektet avsluttes 31/12-17. Det ble avtalt at to av representantene fra Bufetat skulle være med i lokal styringsgruppe, samt rekruttere ytterligere ett medlem hver. Videre ble det avklart at seksjonsledere og lokal prosjektleder skulle være med i lokal styringsgruppe, samt at det skulle rekrutteres en representant med brukererfaring og to fra privat barnevern.

Lokal styringsgruppe

Det har vært etablert en lokal styringsgruppe som i perioden 01.08.16 – 31.12.17 har avholdt 8 møter a 3 timer. Den lokale styringsgruppen har bestått av representanter fra Bufetat og barnevernsinstitusjonene (private og offentlige), erfaringskonsulenter, seksjonsledere fra avdeling BUP/HABU og prosjektleder. Til sammen 10 stykker. Det har vært noen skifter i sammensetning underveis grunnet sykemelding og bytte av jobb. Metode/tilnærming og grunnforståelsen av prosjektet har blitt forankret i lokal prosjektgruppe. Lokal styringsgruppe har vært retningsgivende for arbeidet som skal utføres i lokal prosjektgruppe:

- Sammen med lokal prosjektgruppe skal lokal styringsgruppe sikre at de målsettinger som er definert av Helse Sør-Øst oppnås.
- Hjelp lokal prosjektgruppe og systematisere og prioritere arbeidet.
- Konkretisere delmål for prosjektet sammen med lokal prosjektgruppe.

Marit Øby (leder)	Aleris Ungplan region Øst	01.08.16 – 31.12.17
Åge Lund (leder)	Østfold ungdoms- og familiesenter	01.08.16 – 31.12.17
Vidi Dahl Bruheim (psykolog)	Østfold ungdoms- og familiesenter	01.08.16 – 31.12.17
Andrea Fresk (psykolog)	Grepperød barnevernsenter	01.08.16 – 31.12.17
Mona Kristin Nilsen (helseansvarlig)	Sarpsborg ungdoms- og familiesenter	01.08.16 – 17.10.16
Beate Lund (helseansvarlig)	Sarpsborg ungdoms- og familiesenter	19.12.16 – 31.12.17
Camilla Kristoffersen	Landsforeningen for barnevernsbarn	02.03.17 – 31.12.17
Axel Høydalsnes	Ungdomsrådet, Sykehuset Østfold	15.05.17 – 31.12.17
Lise Paulsen (leder avd. Tune)	Østfold ungdoms- og familiesenter, avdeling Tune	25.09.17 – 31.12.17
Wenche Ellefsen (seksjonsleder)	Fylkesdekkende poliklinikk, Åsebråten	01.08.16 – 31.12.17
Roy Andersen (seksjonsleder)	Dag/døgn, Åsebråten	01.08.16 – 31.12.17
Cecilie V Andresen (prosjektleder)	Fylkesdekkende poliklinikk, Åsebråten	01.08.16 – 31.12.17

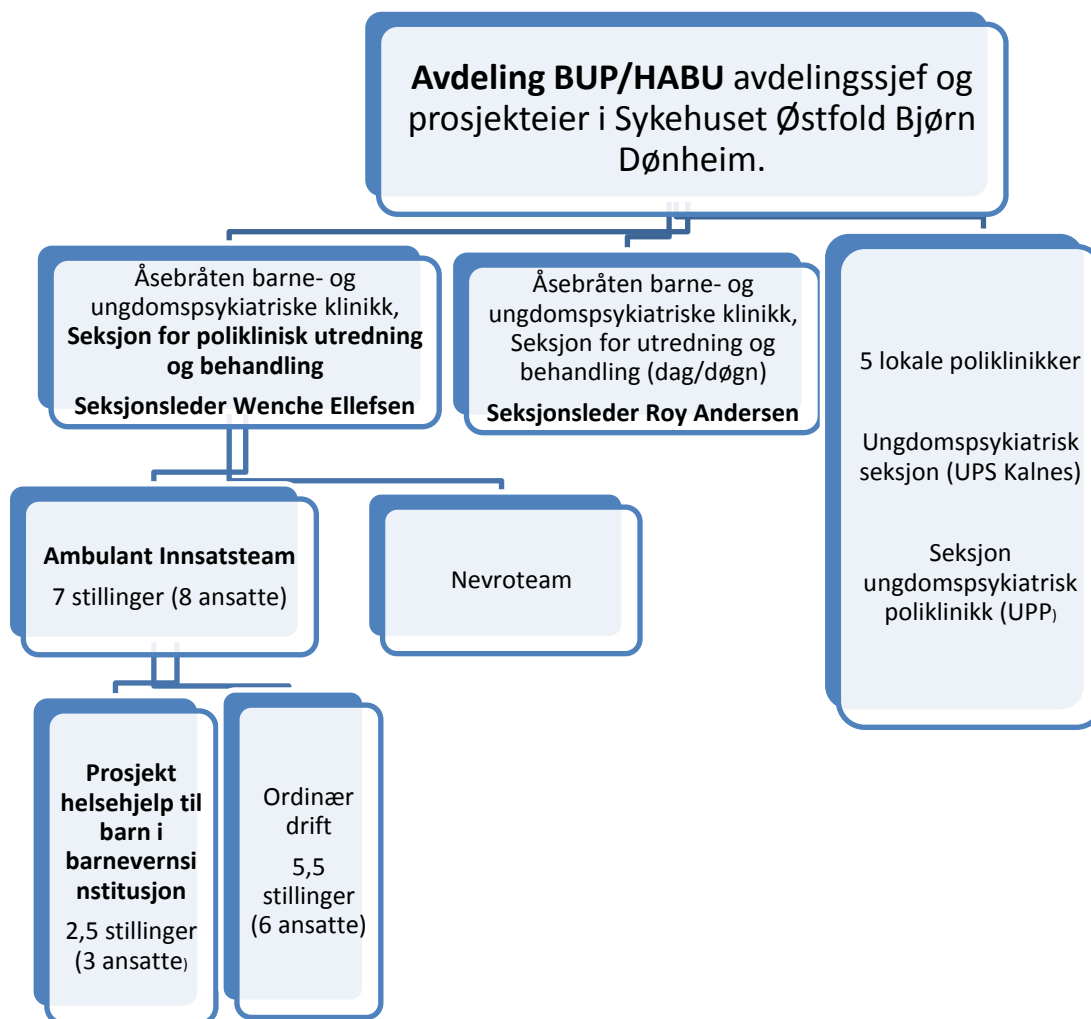
Lokal styringsgruppe har vært et viktig drøftingsorgan for prosjektgruppen. Fra styringsgruppen har det kommet innspill og tilbakemeldinger på den jobben som prosjektgruppen har gjort og de

avgrensningene, vurderingene og endringene som har vært gjort underveis. Den lokale styringsgruppen har gjennomgått utkast den endelige delrapporten og har hatt mulighet til å komme med innspill.

Sykehusledelse/Avdelingsledelse i BUP/HABU

Prosjektarbeidet har vært forankret i sykehus- og avdelingsledelsen ved Sykehuset Østfold. Prosjektgruppen har rapportert til seksjonsleder i Dag/døgn Roy Andersen og seksjonsleder for Poliklinisk utredning og behandling Wenche Ellefsen, begge ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Seksjonsledere har rapportert til avdelingssjef i Avdeling BUP/HABU som har hatt det overordnede prosjektansvaret. For å sikre prosjektet nødvendig bistand og forankring har avdelingsledelsen invitert prosjektleder til å delta på avdelingens ledermøter. Seksjonsledere har i prosjektperioden fungert som kontaktpersoner i de lokale poliklinikkene og døgnavdelingene («barnevernsansvarlige») opp mot prosjektgruppen.

Figur 1. Organisasjonskart avdeling BUP/HABU, sykehuset Østfold



Lokal Prosjektgruppe, ressursbruk og bemanning

Prosjektet ble lagt til Ambulant Innsatsteam i Seksjon for poliklinisk utredning og behandling ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk (ÅBUK), Sykehuset Østfold. Prosjektgruppen bestod i utgangspunkt av prosjektleder (100 %) spesialpedagog, prosjektmedarbeider (100 %) familieterapeut/barnevernspedagog og prosjektmedarbeider (50 %) psykologspesialist. Fra oktober 2016 har det i tillegg blitt benyttet barnepsykiater i prosjektet (70 %). Det har vært benyttet ytterligere personale fra Ambulant Innsatsteam inn i prosjektet i enkeltsaker (ca. 30 %).

Inger Elise Skauen	Barnevernspedagog/familieterapeut	100 % stilling i prosjektet 01.08.16 – 31.12.17
Christian Lunde-Hanssen	Psykologspesialist	50 % stilling i prosjektet 01.06.16 – 31.12.17
Cecilie Velgaard Andresen	Spesialpedagog/ Prosjektleder	100 % stilling i prosjektet 01.06.16 – 31.12.17
Henriette Sandven	Psykiater	70 % i prosjektet 01.10.16 – 31.12.17
Kathrine Østensvik	Vernepleier/familieterapeut	40 % i prosjektet 01.08.17 – 31.12.17
Eline Daling	Psykolog	10 % i prosjektet 01.09.16 – 31.05.17

Prosjektgruppen har hatt faste treffpunkter med seksjonslederne i Dag/døgn og Poliklinisk utredning og behandling to ganger per uke (tavlemøter a 15 minutters varighet). Hensikten har vært å ha en tett dialog med ledelsen om prosjektets utvikling og prioriteringer.

Det kliniske arbeidet med pasientene har vært forankret (drøftet og evaluert) i Ambulant Innsatsteam sine teammøter under ledelse av teamkoordinator Arild Karlsen. Alle teammedlemmene i Ambulant Innsatsteam har derfor vært informert om, og har kunnet bistå med å kvalitetssikre det faglige arbeidet som har vært gjort i prosjektperioden.

Prosjektgruppen startet ut med 3 medarbeidere (markert i blått i figuren over). Det ble etter hvert tydelig behov for medisinsk kompetanse og ytterligere utredningskompetanse for å få gjort et faglig godt nok arbeid. I tillegg var det behov for flere medarbeidere med tverrfaglig kompetanse for å sikre et komplekst tverretattlig samarbeid.

Teamet har i utgangspunktet hatt midler for 2.5 stilling. Vi har imidlertid sett at det i perioder har vært for liten kapasitet til gå gi et godt nok helsetilbud, eller vi har manglet nøkkelkompetanse innenfor teamet. I snitt har vi brukt hva som vil tilsvare ca. 4 årsverk på kartlegging, utredningen og behandlingen av 36 pasienter.

4.2.1 Forarbeid, struktur, inklusjon – og eksklusjonskriterier

Målgruppen har vært barn og ungdommer som bor i både private og offentlige barnevernsinstitusjoner i Østfold. Dette inkluderer ikke enslige unge asylsøkere eller ungdommer plassert i familiehjem og fosterhjem. Hensikten med å invitere alle institusjonene til delta i prosjektet var å få et mest mulig realistisk bilde av omfanget henvisninger og behovet for helsehjelp blant

denne ungdomsgruppen i Østfold. Vi hadde et ønske om å åpne for at alle nye henvisninger til PHBU i Østfold skulle komme til prosjektgruppen slik at vi kunne få en oversikt over behov og omfang. Det ble gjort fortløpende vurderinger på hvor mange ungdommer prosjektgruppen hadde kapasitet til å følge opp. I perioder med mange henvisninger har vi kunnet bruke kollegaer utenfor prosjektgruppen i arbeidet.

Det har vært en målsetting for oss å tilpasse tilbudet på en slik måte at vi i størst mulig grad skulle kunne svare på de fem delmålene som prosjektledelsen i Helse Sør-Øst har gitt. Dette resulterte i at vi våren 2016 bestemte at prosjektet måtte dreies og avgrenses for at vi skulle få muligheten til å samarbeide enda tettere med noen utvalgte institusjoner. Vi har kalt den delen av prosjektet hvor vi mottok alle nye henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i Østfold fra barn i barnevernsinstitusjoner, **prosjekt del 1** (01.06.16 – 31.07.17). Perioden 01.08.17 – 31.12.17 hvor vi samarbeidet tett med 3 institusjoner og hadde faste dager tilstede på institusjonene, har vi kalt **for prosjekt del 2**.

4.2.3 Gjennomføring og endringer. Rutiner og prosedyrer for arbeidet.

Prosjekt del 1

Kick off

I innledende fase etablerte vi kontakt med både private og offentlige barnevernsinstitusjoner, informerte om prosjektet og inviterte til samarbeid. Vi inviterte 13 institusjonsenheter, med til sammen 45 avdelinger, til «Kick off» på Åsebråten i juni 2016. 8 av 13 inviterte kom til «Kick off». Barnevernsinstitusjonene meldte tilbake hvor mange ungdommer de hadde boende hos seg. Det har vært vanskelig å få et eksakt antall, men ut fra de tilbakemeldingene vi fikk, samt informasjon som er hentet ut fra institusjonenes hjemmesider på internett, kan vi anta at det er bosatt mellom 150 og 200 ungdommer på institusjon i Østfold (fra andre uoffisielle kilder i skolesystemet har vi fått et estimat på at det finnes ca. 200 institusjonsplasser i Østfold). Institusjonene prosjektgruppen har vært i kontakt med er både offentlige og private. De har plasseringer etter ulike paragrafer i barnevernloven. «Kick off» bestod av informasjon om prosjektet samt gruppeoppgaver hvor målsettingen var å bli bedre kjent med hvilke erfaringer og oppfatninger barnevernsinstitusjonene hadde av samarbeidet med PHBU. Videre ble det kartlagt hvilke behov det var for samarbeid for at de barna/ungdommene som blir ivaretatt på barnevernsinstitusjonene skulle få den oppfølgingen og helsehjelpen de har behov for:

- Barnevernsinstitusjonene var tydelige på at de hadde både positive og negative erfaringer med psykisk helsevern (PHBU/BUP). Flere pekte på at det var positivt for samarbeidet at barnevernsinstitusjonene hadde egne psykologer som kunne være bindeleddet inn mot PHBU.
- Barnevernsinstitusjonene opplever at den hjelpen som ungdommen får, ofte er svært personavhengig. Noen behandlere er fleksible og gjør nødvendige tilpasninger, noen behandlere overfører ungdommen til ny behandler ved flytting, noen behandlere jobber arenafleksibelt. Barnevernsinstitusjonene har erfaringer med at en del ungdommer blir «skjøvet» rundt i systemet og betegnet som «for dårlige» til å nyttiggjøre seg et poliklinisk tilbud, uten at det gis et tilbud fra PHBU som ungdommene faktisk kan ha nytte av.

- PHBU har etter hvert blitt flinkere til å veilede personalet som jobber på barnevernsinstitusjonene, dette oppleves som nyttig behandling for ungdommene.
- Barnevernsinstitusjonene opplever at de har gode rutiner for å kartlegge og fange opp behov for psykisk helsehjelp hos ungdommene. Videre er det deres erfaring at de fleste av ungdommene som bor på institusjon har behov for psykologisk hjelp. Det er særlig problematikk som selvskading, traumer, dissosiering, psykose, tilknytningsvansker og emosjonsregulering/atferd som utfordrer barnevernsinstitusjonene i møte med ungdommene.
- Barnevernsinstitusjonene ønsket at PHBU kunne være mer arenaflexible, at vi kunne møte ungdommene på deres arena. Videre ønsket de at PHBU kan jobbe med biologisk familie og med veiledning til institusjonene.
- Barnevernsinstitusjonene ønsket at PHBU i større grad deltar i ansvarsgruppemøter og at det blir utformet konkrete samarbeidsavtaler mellom instansene.
- Det hadde vært ønskelig at det hadde vært kortere ventetid ved henvisning til PHBU, da det oppleves som vanskelig å holde oppe ungdommens motivasjon for å ta i mot helsehjelp.
- Ved akutt/krise og vanskelige situasjoner er det behov for at terskelen for å ta kontakt med PHBU og få hjelp er lav.

Rutiner og prosedyrer for prosjektperioden(beskrive kartleggingsfasen og funn)

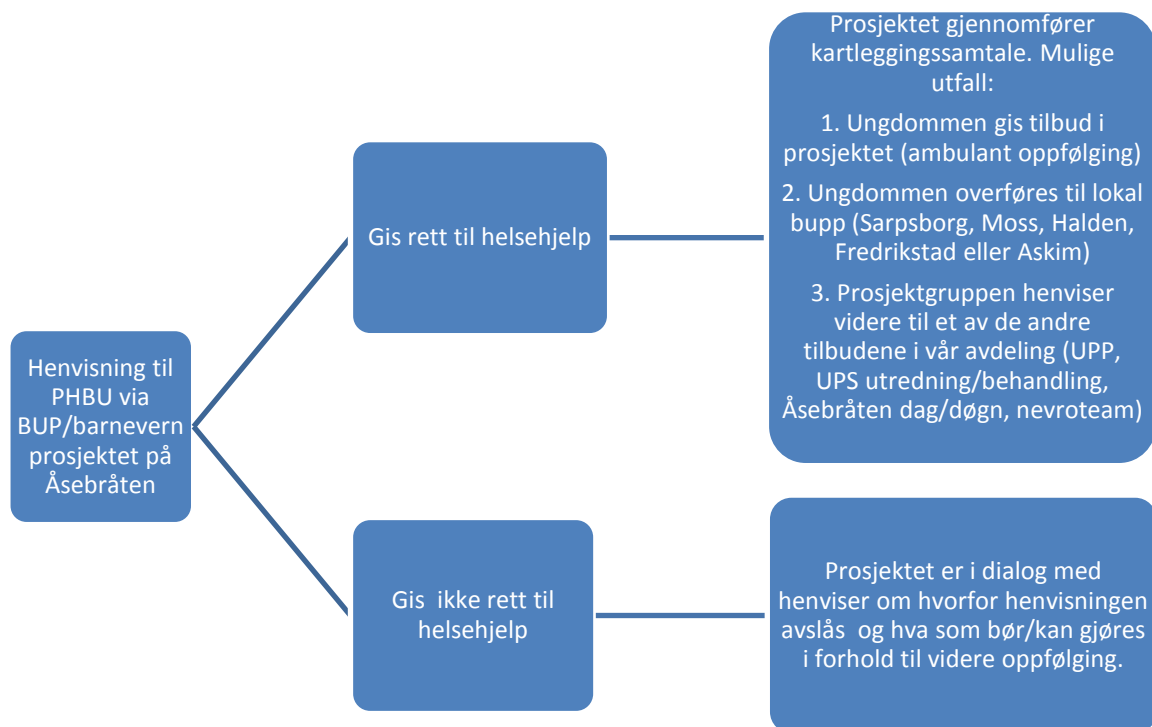
Prosjektet ble organisert med utgangspunkt i prosjektmandatet, innledende samarbeidsmøte mellom BUP/HABU og Bufetat region Øst og tilbakemeldingene vi fikk på «kick off». Vi hadde en tanke om at tilbudet i høy grad burde «skreddersys» hver enkelt pasient. Det var tenkt at oppdraget kunne innebære både utredning og behandling. Det ble etablert et samarbeid med de fem lokale poliklinikkene i Østfold og døgnsesjonene ved Kalnes (ungdomspsykiatrisk) og Åsebråten (barnepsykiatrisk). I tilfeller hvor behandlingsansvarlig i PHBU vurderte at ungdommen kunne nyttiggjøre seg et poliklinisk tilbud skulle de overføres til poliklinikken. I tilfeller hvor behandlingsansvarlig i prosjektgruppen vurderte at ungdommens behov ikke kunne ivaretas poliklinisk eller ambulant skulle de henvises til døgnplass. Ungdommer som allerede hadde et tilbud i poliklinikken skulle ikke overføres til prosjektet.

For å sikre mest mulig lik vurdering av henvisninger til PHBU ble det utarbeidet nye henvisningsrutiner for prosjektperioden. Alle nye henvisninger til PHBU/prosjektet skulle rettighetsvurderes på Åsebråten. I inntaksarbeidet hadde vi fokus på å vurdere henvisningen i forhold til beskrevet problematikk, men også ta hensyn til individuelle risikofaktorer som prioriteringsveilederen åpner for. Dette er risikofaktorer som for eksempel stor total symptombelastning, atferdsvansker, tilleggsproblematikk, lite støtte i nettverk, selvskading og suicidal atferd. Dette resulterte i at flere henvisninger fikk kortere oppstartfrist. Vi har fått flere positive tilbakemeldinger fra institusjoner på at ungdommer har fått rask oppstart, og at dette har bidratt til at flere ungdommer har samtykket og møtt til avtaler. Inntaksteamet i seksjonen bestod av seksjonsleder, psykiater, psykologspesialist, sekretær, teamkoordinator og prosjektleder. Felles inntak gav oss muligheten til å følge opp henvisningene direkte med henviser dersom henvisningen var mangelfull eller hvor vi hadde supplerende spørsmål.

Ungdommer som ble gitt rett til helsehjelp fikk tilbud om kartleggingsamtale med spesialist for å vurdere behovet for videre oppfølging av PHBU. Videre oppfølging kunne skje gjennom den lokale prosjektgruppen, ved at ungdommen ble overført til lokal poliklinikk eller henvist videre til et av de

andre fylkesdekkende tilbudene i avdeling BUP/HABU. Henvisningen og vurdert behov hos ungdommen avgjorde hvem som ble gitt hvilket tilbud. De ungdommene som ikke tilfredsstilte kravene i prioriteringsveilederen for rett til helsehjelp har via henviser få en tilbakemelding på vurderingen og anbefalinger om hva som kunne gjøres i forhold til videre oppfølging, for eksempel i kommunen.

Fig. 2 – henvisningsrutiner i prosjekt del 1, for ungdom som bor på barnevernsinstitusjon:



Vi skriftliggjorde henvisningsrutinene og sendte de ut til samarbeidspartnere i barnevernsinstitusjonene og seksjonsledere i Avdeling BUP/HABU. Prosjektgruppen laget skriftlige rutiner for kartleggingssamtalen og sjekkpunkter for pasientbehandling i de sakene vi hadde pasientansvar for. Vi planla høy grad av tilpasning i hver enkelt pasientsak («skreddersøm») med bruk av noen faste kartleggingsverktøy rettet mot ungdommens symptomtrykk. Det er vår erfaring at det var vanskelig å følge rutinene fordi pasientsakene hadde svært ulike behov som gjorde det vanskelig å følge den «samme oppskriften». Samtidig erfarte vi at det var behov for å tydeliggjøre rutiner og prosedyrer for samarbeidet med institusjonene, barneverntjenestene og internt i egen BUP/HABU avdeling.

Kommunikasjon vedrørende pasientsaker med interne samarbeidspartnere i Avdeling BUP/HABU har foregått gjennom journalføring i DIPS. Her blir all pasientkontakt dokumentert åpent for alle innenfor avdelingen som har en rolle i saken, hvilken kontakt som har vært med pasient/ samarbeidspartnere, og hvilke vurderinger som har vært gjort vedrørende pasient og pasientforløpet. Ved overføring av

pasienter fra prosjektgruppen til lokal poliklinikk har det blitt skrevet et overføringsnotat i tillegg til de tekniske punktene som DIPS-systemet krever ved overføring. Med samarbeidspartnere utenfor PHBU har kommunikasjonen i stor grad foregått på telefon og via avtalte møtepunkter. Noe kommunikasjon, som ikke direkte har vært pasientrelatert, har foregått per e-post. Det har vært ulikt fra sak til sak hvem vi har hatt kontakt med på barnevernsinstitusjonene. Ved henvisning har vi tatt kontakt med vedkommende som har vært oppgitt som kontaktperson i henvisningsskjema. Vedkommende har noen ganger vært kontaktperson gjennom pasientløpet, andre ganger har det vært mer naturlig å ha kontakt med personer som står nærmere ungdommen i hverdagen.

I forkant av prosjektperioden var vi høyst usikre på hvor mange henvisninger som ville komme. I 2014 var det ca. 40 henvisninger til PHBU (elektivt) og i 2015 ca. 30 henvisninger. Vi hadde en hypotese om at det ville komme noen flere henvisninger enn det hadde gjort de siste årene, fordi vi antok at en høyere tilgjengelighet med «invitasjon» om å ta kontakt ville senke terskelen for henvisning. Dette skjedde ikke. I prosjekt del 1 fikk vi 25 henvisninger og har fulgt opp til sammen 24 barn i alderen 12-18 år. 20 ungdommer har i samme periode hatt et tilbud ved lokale poliklinikker. I samme periode har det vært ca. 150 -170 ungdommer som har vært plassert på institusjoner i vårt geografiske område. Antallet barn som ble henvist fra barnevernsinstitusjonene har dermed ikke økt i prosjektperioden sammenlignet med de to foregående årene.

Prosjekt del 2

Våren 2017 vurderte den lokale prosjektgruppen at vi hadde organisert og gjennomført et prosjekt som sørget for at avdelingen vår totalt sett gav et mer omfattende og tilrettelagt tilbud enn poliklinikkene hadde anledning til. Dette ble drøftet både i lokal styringsgruppe og med seksjonsledere i avdelingen. Tilbakemeldingene var at et ambulant, fleksibelt tilbud hvor barnevernsinstitusjonene visste hvor og hvem de skulle henvende seg til, var nyttig. De opplevde at flere ungdommer som ikke tidligere hatt fått gjennomført utredning, eller som ikke hadde fått den helsehjelpen de hadde behov for, nå fikk det. Samtidig fikk vi færre henvisninger enn forventet og opplevde at flere av de ungdommene vi hadde møtt eller hørt om på NN basis ikke fikk den hjelpen de hadde behov for.

Dette var en viktig årsak til at prosjektgruppen valgte «å dreie» prosjektet inn mot tre institusjoner. Vår hypotese var at et enda tettere samarbeid med tydelige samarbeidsavtaler og faste treffpunkter ville føre til at flere ungdommer ble henvist. Vi antok at det ville være lettere for barnevernsinstitusjonene og motivere ungdommene til å samtykke til et tilbud de var godt kjent med. I tillegg antok vi at det ville være lettere å gjennomføre gode skreddersydde pasientløp dersom vi samarbeidet godt med institusjonene.

I perioden 01.08.17 – 31.12.17 valgte vi derfor å samarbeide tettere med tre utvalgte institusjoner. Institusjonene som ble forespurt var institusjoner vi hadde erfaring med fra del 1 av prosjektet. Institusjonene ble forespurt via enhetsledere. Vi ønsket erfaring med barnevernsinstitusjoner med ulike plasseringsparagrafer; en omsorgsinstitusjon, en atferd/behandlingsinstitusjon og en akuttinstitusjon. Omsorgsinstitusjon (Østfold ungdoms- og familiesenter, avd. Tune) og atferd/behandlingsinstitusjonen (Sarpsborg ungdoms- og familiesenter avd. Østheim) var offentlige Bufetat-institusjoner, mens akuttinstitusjonen var privat, kommersiell (Aleris Ungplan & BOI, avd Porsmyr). Institusjonene ble også spurt fordi de var i geografisk nærhet til vår arbeidsplass, noe som var en fordel fordi vi planla å være tilstede på institusjonen minimum en dag per uke.

Det ble gjennomført felles planleggingsdager med hver av de tre barnevernsinstitusjonene. Barnevernsinstitusjonen fikk presentert seg og sin organisasjon, mens vi presenterte prosjektet og vår organisasjon. Det var satt av tid til felles lunsj for å bli kjent med hverandre. Alle miljøterapeuter og ledelse på institusjonene var invitert. Hele prosjektgruppen deltok. På planleggingsdagene drøftet vi forventninger til hverandre. Alle medarbeiderne på barnevernsinstitusjonene uttrykte seg positivt til å få prosjektgruppen som nær samarbeidspartner.

Prosjektgruppen var inndelt i team som samarbeidet med de ulike institusjonene:

Institusjon	Paragraf i barnevernsloven	Dag for tilstedeværelse	Hvem
Tune (6 plasser)	Omsorgsplassering, primært § 4-12	Onsdag kl. 10 – 15	Christian og Inger Elise
Østheim (3 plasser)	Atferds/behandlingsplassering, primært § 4-24 (4-26)	Torsdag kl. 10 – 15	Christian og Inger Elise
Porsmyr (5 plasser)	Akuttsplassering, primært for korttid, alle paragrafer.	Mandag 10 – 13 og torsdag 10 – 12	Henriette, Kathrine og Cecilie

Vi valgte to halve dager på akuttinstitusjonen fordi vi antok at utskifting av ungdommer ville være hyppigere, og fordi det ville være behov for raskere iverksetting av tiltak og mer intensiv oppfølging fordi ungdommen snart skulle plasseres videre. Vi tenkte at det var viktig og få gjort en rask vurdering, kartlegging og eventuelt utredning for å sikre best mulig oppfølging videre.

Det var en målsetting for del 2 av prosjektet og utarbeide samarbeidsavtaler med institusjonene for å sikre enighet om hva samarbeidet i perioden skulle innebære.

Det var en målsetting at prosjektgruppen skulle bidra til at flere ungdommer fikk tilbud om opprettelse av IP eller at det ble utarbeidet en plan for ungdommen som beskrev de ulike instansenes oppdrag i forhold til den enkelte ungdom.

4.3 Delmål 1. Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes.

4.3.1 Antall inkluderte barn.

Det er i utgangspunktet jobbet bredt for å øke fokus på psykisk helse hos barn og unge på institusjonene. Fokus på gjenkjenning og forståelse for psykisk helse har vært gjennomgående i dialogen med ledelse og personalet ved institusjonen. Tilgjengelighet og økt kjennskap til hverandre har medført at saker har blitt drøftet og veiledet på NN nivå i tillegg til de henviste pasientene.

I del 1 av prosjektet kom det 25 henvisninger. Det var forventet et langt høyere antall ut fra tilbakemeldinger fra institusjonene i forkant (ved «Kick off») og ikke minst NTNU-rapporten fra 2015 (Kayed et.al, 2015) som sier noe om den psykiske helsetilstanden til barn i barnevernsinstitusjoner.

Alle ungdommene som var henvist ble vurdert i henhold til prioriteringsveilederen og gitt rett til helsehjelp. I del 2 av prosjektet (01.08.17 – 31.12.17) ble alle ungdommene bortsett fra en henvist fra de tre samarbeidende barnevernsinstitusjonene. Totalt 12 ungdommer. Alle ble vurdert av inntaksteamet til å ha rett til helsehjelp etter prioriteringsveilederen.

Vi har drøftet behovet for å oppdage og avdekke psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner med lokal styringsgruppe og barnevernsinstitusjonene vi har vært i kontakt med. Tilbakemeldingene er at det ikke er vanskelig å oppdage eller avdekke behovet for psykisk helsehjelp. Årsaken til at ikke flere ungdommer henvises handler om at ungdommene ikke samtykker, at barneverntjenestene avventer henvisning («må få tid til å etablere seg på institusjonen», «vet ikke hvor lenge ungdommen skal bo her») og at institusjonene/barneverntjenestene ikke ser nytten av å skulle henviser til PHBU («lang ventetid», «miljøterapi som ungdommen får på institusjon er den viktigste behandlingen», «hva kan PHBU gjøre som vi ikke kan gjøre selv»). Mange ansatte i barnevernet viser til negative erfaringer i samarbeidet med PHBU.

4.3.2 Mulige årsaker til at ungdommer ikke blir henvist til PHBU

Manglende samtykke

Manglende samtykke er en viktig faktor for hvorfor det kan oppleves som om ikke psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes. Tidlig i prosjektperioden kom prosjektgruppen i kontakt med en barneverntjeneste som var svært bekymret for en ungdom. Det fremkom tydelige symptomer på høyt stress og mulig psykose hos ungdommen. Ungdommen hadde fått et tilbud i lokal poliklinikk tidligere, men hadde ikke møtt. Konsultasjonsserien ble derfor avsluttet. Heller ikke nå ønsket hen henvisning til PHBU. Barnevernstjenesten og barnevernsinstitusjon hadde ingen problemer med å oppfatte de alvorlige symptomene, men ungdommen kunne ikke henvises så lenge det ikke forelå noe samtykke. Likeledes er manglende samtykke en utfordring når helsehjelpen skal innfris. Flere ungdommer kan samtykke til henvisning, men fordi det kan gå uker og måneder før tilbudet er på plass, vil motivasjonen for å ta i mot hjelp forsvinne. To av ungdommene i prosjektet trakk samtykket raskt etter oppstart. Dette var ungdommer som både barnevernsinstitusjonen og prosjektgruppen var svært bekymret for og som ble vurdert til å ha alvorlige symptomer på psykisk lidelse.

I del 2 av prosjektet fikk vi henvist 11 av 12 ungdommer som bodde på de tre institusjonene i perioden vi samarbeidet. Bortsett fra den ene som ikke samtykket, ønsket alle ungdommene en henvisning til prosjektet når vi ble presentert som en del av tilbudet på institusjonen. Ingen av ungdommene, til tross for at det har vært vanskelige perioder for flere av dem, har trukket samtykket underveis.

Ungdommer som har fylt 16 år skal selv samtykke til helsehjelp. Mange av ungdommene har negative erfaringer med hjelpeapparater og er skeptiske til å samtykke til noe de ikke helt vet hva er. Ofte er det andre, for eksempel barneverntjenesten som har gjort vurderingen av ungdommens vansker, beskriver hvilke utfordringer ungdommen har og hvilke behov ungdommen har for helsehjelp. Tilbakemeldinger fra ungdom kan være at de er usikre på hva som blir fokuset i helsehjelpen og hva som skjer med all informasjonen som kommer frem. For å få samtykke fra ungdommer er det viktig at de blir godt informert om hva PHBU kan tilby og at PHBU tar hensyn til ungdommens ønsker og behov. Prosjektgruppen har erfart at når ungdommene kjenner til PHBU, kjenner til de som jobber der og kjenner andre ungdommer som mottar helsehjelp, så er det lettere å samtykke. For å få gitt flere ungdommer helsehjelp må PHBU derfor være mer synlig og mer tilgjengelige for ungdommene i forkant av henvisning. Vår erfaring er at ungdommer samtykker når

de hører at andre ungdommer «prater» med noen fra PHBU, og at det foreligger et godt samarbeid mellom ansatte på barnevernsinstitusjonen og ansatte i PHBU.

Det er et paradoks at ungdommer kan plasseres på behandlingsinstitusjoner innenfor barnevern (§ 4-24, § 4-25, § 4-26 og § 4-6) fordi man opplever at ungdommen har en svært uhensiktsmessig atferd som han/hun må få behandling for. Likevel kan ungdommen selv bestemme om helsehjelp skal være en del av behandlingen eller ikke. Vår erfaring er at all uhensiktsmessig atferd er symptomer underliggende på psykiske vansker som bør håndteres.

Barneverntjenesten "venter og ser"

Prosjektgruppen har fått tilbakemeldinger fra barnevernsinstitusjoner og lokal styringsgruppe at barneverntjenesten kan være avventende til å henvise til PHBU etter plassering. En hypotese omkring dette kan være at man må se an hvordan ungdommen faller til ro på institusjonen og hvordan de tilpasser seg den nye hverdagen. En annen hypotese er at det tar lang tid fra man henviser til PHBU (2-3 måneder inkludert ventetid) og at ungdommens ønsker og behov i mellomtiden kan ha endret seg. Flere vi har snakket med beskriver at ungdommenes "vindu" for å motta hjelp er smalt. Dersom PHBU bruker flere måneder på å kunne gi et tilbud er ofte vinduet lukket igjen. I del 2 av prosjektet har ungdommene fått oppstart med helsehjelp i løpet av noen dager etter henvisning. I noen tilfeller (5 tilfeller) har prosjektgruppen mottatt henvisningen fysisk. Dette har vært spesielt viktig i samarbeidet med akuttinstitusjonen. Ungdommen skal være plassert i kort tid, det er derfor hensiktsmessig og starte kartlegging/utredning umiddelbart. Vi har erfart at dette er svært gunstig for å kunne anbefale tiltak og oppfølging ved flytting videre.

I del 2 av prosjektet utarbeidet prosjektgruppen et informasjonsskriv som barnevernsinstitusjonene kunne formidle til barneverntjenestene som plasserte ungdommer på barnevernsinstitusjonen. Informasjonsskrivet gav konkret informasjon om prosjektet og ba om henvisning og vedlegg til henvisning. Lederne på institusjonen fulgte opp at barneverntjenesten sendte henvisning. Ledernes erfaring er at det er enklere å påvirke barneverntjenesten til å henvise ungdommer når de har en konkret bestilling til barneverntjenesten vedrørende henvisningen.

"Hva kan PHBU gjøre som institusjonen ikke allerede gjør?"

Ansatte på barnevernsinstitusjoner håndterer daglig vanskelige og utfordrende situasjoner med ungdommene. Dette er en naturlig del av hverdagen og en selvfølgelig del av arbeidsoppgavene. Ungdommene trenger gode relasjonserfaringer og mye omsorgsbehandling må foregå i institusjonen hvor de bor. Mange ansatte har lite kjennskap til PHBU og hva vi kan tilby. De har lite erfaring med hvordan PHBU kan være en del av støtteapparatet i arbeidet med ungdommene. Vår erfaring i prosjektperioden er at PHBU har en svært viktig rolle i arbeidet med ungdommene, men ofte i en litt mer perifer rolle enn de ansatte på institusjonen. For ungdommen er det avgjørende at PHBU bidrar til en felles forståelse av ungdommens vansker og behov, og at vi samarbeider tett med institusjonens ansatte om hvordan det vil være gunstig å hjelpe ungdommen med det som er vanskelig. Ansatte på institusjoner som vi har snakket med forteller at anerkjennelse og bekreftelse fra PHBU på at den jobben de gjør er viktig og riktig, er svært inspirerende og hjelper dem med å tåle å holde ut i vanskelige situasjoner med ungdommene.

Tilbakemeldinger fra institusjonene vi har samarbeidet med i del 2 av prosjektet har pekt på at det har vært lettere å avgrense/skilte instansenes oppdrag fra hverandre når PHBU har vært tilstede på barnevernsinstitusjonene og erfart den jobben personalet gjør med ungdommene. Da har det vært

lettere å tilpasse oppdragene til å være utfyllende og komplementære. Prosjektgruppen bekrefter lignende erfaring.

4.3.3 Henvisningsrutiner og ventetid

Det kan ta 2-3 måneder fra henvisningen sendes til ungdommen får helsehjelp. Dette bidrar til at ungdommer plassert på akuttinstitusjoner ikke henvises til tross for at foreligger bekymring rundt ungdommen. I del 2 av prosjektet hvor vi fikk henvist alle ungdommene i barnevernsinstitusjonene som vi samarbeidet med, ble det tydelig for oss hvor hensiktsmessig det er at PHBU gjør en vurdering av ungdommens psykiske helse ved plassering. Det i denne perioden ofte et vindu for å gjennomføre utredninger eller prøve ut nye tiltak som kan være nyttige for ungdommen. Ventetid er en utfordring også for ungdommer som er plassert på omsorgs- og behandlingsinstitusjoner innenfor barnevernet. Ungdommens vansker vil ofte variere i perioder og motivasjon for å ta i mot helsehjelp varierer i stor grad og er svært avhengig av andre ting som skjer i ungdommens liv. Dersom flere ungdommer skal kunne ta i mot helsehjelp, må de få helsehjelpen kort tid etter at de har samtykket eller ønsket den. I løpet av 2-3 måneder vil mange miste den motivasjonen de hadde for å ta i mot hjelp. *Det er derfor nødvendig at henvisningsrutiner/ventetidsrutiner vurderes for denne svært sårbare gruppen ungdommer.*

Vi har også erfart at ungdommer som nylig har blitt plassert på institusjon har ønsket å snakke med prosjektgruppen uten at vi har mottatt henvisning. Dette har vært i situasjoner hvor prosjektgruppen har vært tilstede på institusjonen. Det har da vært vanskelig å si at vi må ha en henvisning før vi snakker med ungdommen. Vi har derfor mottatt henvisning i etterkant av samtaler gjennomført med ungdommen. Dette utfordrer systemet vårt i forhold til for eksempel journalføring, behandlingsansvar og suicidalvurderinger. Det er imidlertid viktig at systemene våre gir oss rom til å være pragmatiske i møte med ungdommene. Det er ofte helt avgjørende for om ungdommene tørr å ta i mot helsehjelp at vi møter ungdommene på deres premisser, særlig i en relasjonsetableringsfase.

4.4 Delmål 2. Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for

At ungdommene i barnevernsinstitusjoner skal få den helsehjelpen de har behov for, utfordrer både vår kompetanse og organisasjon. Helsehjelp er i [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (§ 1-3 bokstav c) definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. Erfaringen vår gjennom prosjektperioden er at ungdommene i institusjon har et høyt lidelsestrykk med komplekse og sammensatte vansker. Det finnes ingen enkle løsninger på de vanskene som disse ungdommene har. Det er derfor en utfordring og gi den helsehjelpen de har behov for.

Vi har i løpet av prosjektperioden erfart hvor viktig det er at PHBU deltar i samarbeidet med og rundt ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner med det formål å fremme ungdommens psykiske helse. Vi har erfart selv, og fått tilbakemeldinger på hvor viktig det har vært å bidra til en felles forståelsesramme rundt ungdommen. Med komplekse vansker og komplekse systemer kan hjelpere lett bli overveldet av informasjon og inntrykk, og det kan føre til ansvarsfraskrivelse og handlingslammelse. Ved at prosjektgruppen i flere tilfeller har klart å gjennomføre utredninger og diagnostisk arbeid med ungdommene har systemene rundt i større grad klart å samle seg om hva som er god hjelp videre for ungdommen. Det at prosjektgruppen har samarbeidet med ungdom og

barnevernsinstitusjon for å iverksette behandlende tiltak og gitt støtte til ungdommen og det nærmeste systemet rundt ungdommen, har vi fått tilbakemeldinger på som svært nyttig og trygt. Det er videre viktig at de tiltakene som anbefales fra PHBU også følges opp av PHBU og ikke overlates til barnevernsinstitusjonene selv om det ofte er de som gjennomfører tiltakene. PHBU bør være en drøftingspartner over tid.

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

Kartlegging/oppstart

I del 1 av prosjektet ble det satt opp tid for kartleggingsamtale med alle 24 ungdommer. Denne ble brukt som utgangspunkt for en vurdering av behov for oppfølging fra PHBU og dannet utgangspunktet for tiltakene som ble anbefalt videre. De som var utredet godt nok på henvisningstidspunktet har man i større grad kunne overføre til poliklinikk. Alle ungdommene fikk en suicidalkartlegging slik det er pålagt. I del 2 av prosjektet ble det ikke gjennomført kartleggingsamtaler fordi vi allerede hadde tett dialog med institusjonen om ungdommens behov. Det ble i stedet gjennomført oppstartssamtale med ungdommen etter standardisert mal i DIPS. Dette inkluderer også en suicidalkartlegging.

Utredning og diagnostisering. Intervensjon og oppnådd resultat

Av de 24 ungdommene i del 1 av prosjektet ble det vurdert at 17 hadde behov for utredning. Mange av ungdommene har vært utredet tidligere, eller det har blitt gjort forsøk på å utrede tidligere. Noen av de 17 ble overført til lokale poliklinikker for utredning der. De fleste fikk tilbud om utredning gjennom prosjektgruppen eller andre fylkesdekkende tjenester (nevroteam). Det har vært en klar erfaring at utredning gjennom en ambulant arbeidsmetode har gjort at man i større grad har kommet i mål med utredningene. En annen viktig faktor for å kunne konkludere i utredninger er at det har blitt jobbet i tverrfaglig team. Når man ikke har kommet i posisjon direkte til ungdommen har det vært behov for å kunne vurdere informasjonen man har fått fra omgivelsene rundt. Dette kan være svært tidkrevende og mange vil nok ikke ønske å diagnostisere uten at man er helt sikker på vanskenes etiologi (arv eller miljø). Samtidig erfarer vi at dette er helt nødvendig for å kunne skape en felles forståelse for ungdommens sammensatte vansker slik at de ulike instansene kan enes om hvilke tiltak som kan være nyttige for ungdommene.

Eksempel: Ved flere anledninger blitt satt diagnoser innen autismespekteret. Diagnosen beskriver vansker som barnet ville hatt uavhengig av omsorgssituasjonen. Tidligere utredninger har konkludert med at det har vært for komplisert å utrede disse vanskene på grunn av omsorgssituasjonen eller fordi barnet ikke har vært i stand til å møte på poliklinikk. Med en fleksibel tilnærming til disse ungdommene fra spesialister på feltet har man klart å konkludere diagnostisk. Dette har gjort at tiltakene og kravene rundt ungdommene i større grad har blitt autismevennlige og det rapporteres om økt positiv fungering hos flere av ungdommene.

I del 2 av prosjektperioden har det vært gjennomført utredning med 8 av 11 ungdommer. Noen har vært utredet tidligere og vi har gjort en ny vurdering eller utredet ytterligere. En ble henvist videre til habiliteringstjenesten for utredning.

Vi vet at en del ungdommer synes at det er slitsomt og meningsløst og svare på/fylle ut skjemaer. Vi har derfor valgt ut noen få kartleggingsverktøy som vi har god erfaring med fra tidligere for å gjøre den mest nødvendige kartleggingen av ungdommene. Becks Youth Inventories (BYI-II) (se vedlegg) er et slikt verktøy, hvor en raskt får et overblikk over 5 viktige aspekter ved ungdoms psykiske helse. Det er også enkelt å gi gode tilbakemeldinger til ungdommen basert på resultatene og ut fra gjeldende normer. Skjemaet peker mot noen konkrete diagnosegrupper, slik at vi videre kan følge opp med MASC (se vedlegg) og BDI-2 (se vedlegg), for å kunne diagnostisere angst og depresjon. I tillegg vet vi at ungdom på institusjon har opplevd potensielt traumatiske situasjoner. For å kartlegge traumer har vi valgt å benytte KATE B (se vedlegg). Skjemaet er raskt og enkelt å fylle ut. Vi har vært kurset i SCID-II (se vedlegg) for å kartlegge og diagnostisere personlighetsforstyrrelsesproblematikk.

Resultatene fra kartleggingen har variert, men hovedinntrykket er at BYI ofte viser et høyt lidelsestrykk med nedsatt selvbilde og høye skårer på angst, depresjon og aggresjon. Ytterligere kartlegging viser lettere depresjonssymptomer og noe gjennomgående angst som også må kunne anses som adekvat i en ustabil omsorgssituasjon med uavklart fremtid. Traumeskjemaene har vist at det er vanskelig å få frem traumesymptomene, men har gitt utgangspunkt for videre dialoger som igjen har resultert at vi har fått tilstrekkelig symptomer for å kunne diagnostisere traumer. Kartlegging har også synliggjort skjevutvikling i personligheten og mulighet for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Ytterligere kartlegging og informasjonsinnhenting har også vist lavt skoleoppmøte og generelt få positive ressurser. Ulike former for kasusformulering (se vedlegg) i etterkant har gitt det profesjonelle nettverket gode utgangspunkter for diagnostiske og faglige drøftinger for å sikre pasienten et helhetlig miljø med fokus på behandling eller i noen tilfeller mer habilitering.

Videre kartlegging har vært basert på indikasjon. Vi har benyttet et bredt spekter av ulike tester, hvor evnetestene Leiter og WISC-IV/WAIS-IV har vært benyttet i flertallet av sakene. Utover dette har vi også brukt ulike kartleggingsverktøy i forhold til andre tilstandsbilder. Ungdommens generelle fungering har vi kartlagt med Vineland. På denne måten har vi kunnet etablere en felles plattform for å være i dialog rundt satsningsområder i miljøterapien for å øke ungdommens muligheter for selvstendighet og mestringsopplevelser, samt diagnostisering av omfanget av vanskene på den hverdagslige fungeringen. Det har vært gjennomgående lave skårer på Vineland og ungdommene har større behov for hjelp og bistand enn man burde kunne forvente ut fra deres alder.

Samarbeidet med de ansatte på barnevernsinstitusjonene har vært helt avgjørende i utredningsarbeidet. De ansatte har kunnet gi gode observasjonsbeskrivelser og de har kunnet benytte relasjonen de har til ungdommen til å snakke med ungdommene om temaer som har vært avgjørende for å kunne konkludere utredningen. Institusjonen og barneverntjenesten har også kunnet bidra med komparentopplysninger og historisk informasjon vedrørende ungdommen. Som en del av utredningene har vi også innhentet informasjon fra foreldre, fosterforeldre, lærere eller andre som kjenner ungdommen godt.

Risikovurderinger

Det har vært prosjektgruppens erfaring at det i arbeidet med barn i barnevernsinstitusjoner har vært et økt behov for kunnskap og kompetanse om risikofaktorer og tryggingstiltak rundt ulike typer utfordrende atferd. Noen tilfeller, som for eksempel drap, vold og overgrep begått av ungdommer, har gjort oss bevisste på alvorlighetsgraden på atferd som ungdom kan utvise. Vi vet også at vi i

begrenset grad kan predikere og forklare denne atferden ved kun å bruke klinisk skjønn. Alder og ervervede sårbarhet som for eksempel omsorgssvikt og en ofte lite forutsigbar fremtid sammen med mulige medfødte utfordringer medfører at ungdom som er plassert i regi av barnevernstjenesten utgjør en større risiko for å kunne utføre alvorlige handlinger rettet mot seg selv eller andre. Vi mener derfor at det har vært viktig å benytte evidensbaserte risikoverktøy for å øke sannsynligheten for bedre predikasjon av utfordrende situasjoner. Vi har tilegnet oss kompetanse i bruk av ulike typer kartleggingsverktøy i løpet av prosjektperioden som har gitt oss ulike erfaringer i bruk av standardiserte vurderingsverktøy: START AV (Kilde), som et generelt vurderingsverktøy, EARL (Kilde) og SAVRY (Kilde) i forhold til vold og utagering og ERASOR (Kilde) og AIM-II (Kilde) når det gjelder skadelig seksuell atferd.

Gjennomføringen av disse kartleggingene har foregått ved at de ulike instansene involvert i saken, som for eksempel barnevernstjenesten, Bufetat, barnevernsinstitusjon, skole og PPT har møttes for å bidra med informasjon og kunnskap om saken og ungdommen. Møtene har tatt ca. 3 timer. I etterkant har vi utarbeidet en rapport som er sendt ut til barnevernstjenesten og deretter distribuert i henhold til deres fullmakt. Bruken av disse verktøyene har både fordeler og ulemper. Sistnevnte har primært handlet om ressursbruk og kalibrering. Samlet sett har vi brukt fra 12-20 timer pr kartlegging. Det vil imidlertid kunne forventes at dette timeantallet blir redusert med mer trening og bedre maler. Verktøyene krever en klinisk forståelse for tematikken utover beskrivelsene i manualen og det vil være viktig med mengdetrening for å sikre kvaliteten. Fordelene er flere, både praktiske og kliniske. Gjennomgangen sikrer en felles forståelse for ungdommens atferd. Tidvis kommer ny informasjon frem som ikke tidligere var kjent for alle instanser og ved andre anledninger har vi kunnet se bort fra informasjon og spekulasjoner som ikke er godt nok forankret.

Felles forståelse innebærer også at ulike instanser kan møte ungdommen på en mer helhetlig måte. Flere av verktøyene er 4. generasjons risikovurdering, noe som innebærer at også ungdommens ressurser skal beskrives og vurderes. Forskning indikerer at disse har en betraktelig bedre treffprosent enn kun klinisk skjønn. Verktøyene hjelper oss også i å bli tydelige og tryggere i våre anbefalinger når det gjelder ivaretagelse som kan innebære begrensninger i ungdommens livsutfoldelse, blant annet ved skadelig seksuell atferd. Vi har videre sett at disse vurderingene har blitt viktige hjelpemidler for institusjonen og Bufetat i deres planlegging av forsvarlige og utviklingsfremmende omsorgstilbud.

Voldsrisikovurderingene har ved to anledninger konkludert med stor fare for gjentakelse og det har vært nødvendig å igangsette adekvate tiltak for å redusere sannsynligheten for utagering. Resultatene av AIM-II (risikovurdering av skadelig seksuell atferd) har medført en rekke tryggingstiltak for å begrense ungdommens muligheter for kontakt med både yngre barn og jevnaldrende. Så langt har vi arbeidet med minst 4 ungdommer som har utført voldshandlinger mot miljøpersonell som har hatt aspekter ved seg som medfører at disse må regnes som potensielt dødelige.

Eksempel 1: Ungdom er alene med kvinnelig miljøterapeut. Går fysisk til angrep på henne og hun faller i bakken. Sparket henne mot kropp og hode. Blir stoppet i det hen tar fart for å rette nok et spark mot hodet. Ungdom med FAS og alvorlige traumer.

Eks 2: Traumatisert og autistisk ungdom som ved grensesetting motsetter seg fysisk holdning. Hen brenner benet på miljøterapeut ved bruk av en feiekost. Hen har tidligere brukket armen på en annen

miljøterapeut. Ungdommen stopper kun ved fysisk overmakt. I etterkant beskriver ungdommen selv ingen kontroll over seg selv eller situasjonen.

Eks 3: Ungdom som over tid har laget seg våpen av en skrutrekker gjennom å slipe den til en syl. Hen har utformet en plan om å lure bort den mannlige miljøterapeuten for å angripe en kvinnelig miljøterapeut. Tilfeldig kommer den mannlige miljøterapeuten i mellom og får stikket inn i siden på kroppen. Dette var 1 av flere potensielt dødelige angrep med våpen fra denne ungdommen. Det er mistanke om alvorlig dissosiering og få synlige triggere som indikerer at det kan komme til å skje noe.

Eks 4: Ungdom reagerer på grensesetting med å trekke en kniv og true en mannlig miljøterapeut. Med kniven rettet mot mannens hals tar hen opp mobilen og ringer politiet. Ved kontakt informerer ungdommen politiet om at hen akkurat har drept en person. I etterkant forteller ungdommen at hen i disse situasjonene går helt i svart. Det er mistanke om dissosiering.

Når det gjelder skadelig seksuell atferd så har vi sett hvordan både gutter og jenter, til tross for stor bekymring for deres seksualitet, også under ivaretagelse av barnevernsinstitusjoner, gjentatte ganger blir satt i situasjoner som kan medføre ytterligere overgrepssproblematikk.

Eks 1: Ungdom (under den seksuelle lavalder) med en svært ukritisk seksualitet. Det foreligger mistanke om prostitusjon og salg av overgrepssbilder av barn. Barnevernsinstitusjonen har ingen sikringstiltak for å hindre prostitusjonsvirksomheten.

Eks 2: Ungdom med kjent overgrepssatferd har samvær med familie, hvor yngre søsken er offer og hvor det er store bekymringer om foresatte eller andre greier å ivareta begge partene.

Eks 3: Ungdom med skadelig seksuell atferd blir plassert på barnevernsinstitusjon sammen med en traumatisert og autistisk ungdom. Denne ungdommen ender opp med å barrikadere seg på rommet etter flere hendelser hvor ungdom med grenseoverskridende atferd både har vist seg frem og tilbudt seksuelle tjenester.

Behandling. Har helsehjelpen resultert i bedring?

I del 1 av prosjektet var det 4 ungdommer som gav uttrykk for ønske om individualsamtaler. 2 ble overført til poliklinikk, 2 ble fulgt opp av prosjektgruppen. I tillegg til individualsamtaler med ungdommen har det vært gjennomført utredning og veiledning/samarbeid med institusjonen for de som har fått oppfølging fra prosjektgruppen. De ungdommene som ikke ønsket faste individualsamtaler har fått tilbud om samtale/støttesamtale når de har ønsket det.

Ingen av ungdommene vi har møtt i prosjektet har vært i stand til å nyttiggjøre seg individualterapi/bearbeiding til tross for at veldig mange har erfart relasjonstraumer og har symptomer på traumer, tilknytningsvansker eller er i ferd med å utvikle personlighetsforstyrrelser. Ungdommene og de som står rundt jobber hele tiden med å behandle traumer ved å stabilisere livssituasjonen. Vi har ikke ved noen tilfeller opplevd at situasjonen rundt ungdommen er så avklart og trygg at det er forsvarlig å starte opp traumbearbeiding. Det er vår erfaring at den viktigste behandlingen er miljøterapien som foregår på institusjonen der ungdommene bor. Det jobber mange kompetente miljøterapeuter på institusjonene og flere av institusjonene er godt organisert og ledet slik at personalgruppen i størst mulig grad jobber enhetlig ut mot den enkelte ungdom. Det er prosjektgruppens erfaring at dette er helt avgjørende for om ungdommene på institusjonen også får den helsehjelpen og behandlingen de har behov for. Det er også vår erfaring at noen institusjoner

ikke har den strukturen og faglige kompetansen som skal til for å ivareta ungdommenes psykiske helse godt nok etter vårt synspunkt.

Komplekse vansker hos ungdommen

De fleste ungdommene vi har møtt har svært sammensatte problemstillinger knyttet til seg, noe som byr på store differensialdiagnostiske utfordringer. De passer dårlig inn i rene diagnosekategorier og flere diagnoser er ofte aktuelle. Oftest ligger en ganske alvorlig omsorgssvikt i bunn, med påfølgende traumer og ulike former for tilknytningsproblematikk. Det er barn som har opplevd konkrete traumatiske hendelser, men som også har manglet den livsviktige reguleringsstøtten de trenger for å kunne håndtere disse hendelsene. Det gir det vi kaller utviklingstraumatisering, og resulterer ofte i alvorlige reguleringsvansker i kombinasjon med relasjonsvansker. Dette kommer til uttrykk som grenseutprøvende atferd (for eksempel vold, rømning, rus), emosjonelle vansker (angst, depresjon), selvdestruktivitet (selvskading og kronisk suicidalitet), svingninger i fungering etc. Det foreligger ofte et høyt psykisk lidelsestrykk, og lav livskvalitet (jfr. NTNU-rapporten).

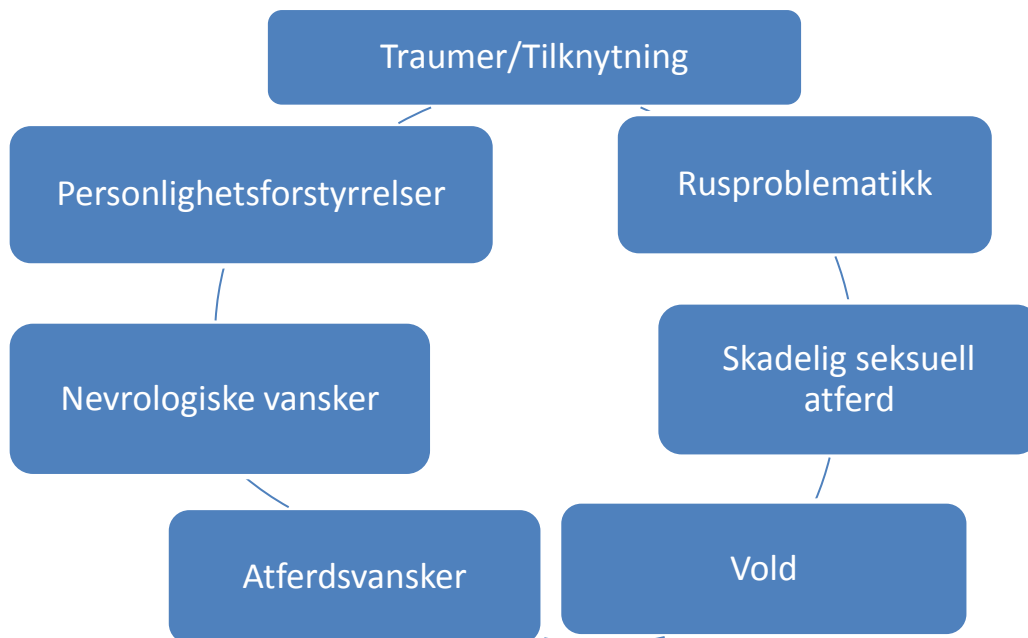


Fig. 2 Komplekse vansker hos ungdommene

Ganske overraskende har vi etter vår utredning konkludert med at flere av ungdommene har medfødte nevropsykiatriske tilstander, som for eksempel ADHD og autismspekterforstyrrelse. For eksempel har vi funnet at omtrent 25 % av ungdommene kvalifiserte for en ADHD-diagnose, sammenlignet med rundt 5 % i normalpopulasjonen.

Forskning har vist at barn med nevropsykiatriske tilstander er mer utsatt for omsorgssvikt enn andre barn, og det stemmer godt med våre erfaringer. Det er ikke mange år siden våre diagnosemanualer la til grunn at diagnosene reaktiv tilknytningsforstyrrelse (som et resultat av alvorlig omsorgssvikt) og en autismspekterforstyrrelse (medfødt nevropsykiatrisk tilstand) skulle være gjensidig utelukkende. Symptombildet for disse to tilstandene kan være relativt lik, men årsaken svært ulik. Det er en kjent differensialdiagnostisk utfordring for psykisk helsevern. Vår erfaring er at diagnosene ofte er drøftet

og satt tentativt i tidligere behandlingsløp, men at en ikke har rukket å konkludere, eller bildet har vært så sammensatt at fagpersoner har kviet seg for å konkludere. Det vanlige er at fagpersoner sier at det er ønskelig at omsorgssituasjonen er avklart før en kan vurdere hvorvidt symptomene forklares ut fra en tilknytningsforstyrrelse eller en autismespekterforstyrrelse. Dette hindrer unektelig å gi riktig hjelp til barna det gjelder. Blant våre pasienter har det resultert i at flere av ungdommene har fått alvorlige gjennomgripende diagnoser i 14-15-årsalderen (3 med barneautisme og 1 med føtalt alkoholsyndrom (FAS)). I den vanlige populasjonen er det vanlige diagnosetidspunkt for barneautisme cirka 5 års alder, og FAS cirka 10 års alder.

Videre har vi erfart at en del av problematikken vi ser er diagnoser eller vansker som tradisjonelt sett har tilhørt voksenpsykiatrien. Det gjelder spesielt personlighetsforstyrrelser, rus- og voldsproblematikk. Her har ikke PHBU hatt et tilstrekkelig tilbud, og i mange tilfeller har disse ungdommene omtrent blitt satt på vent eller feilbehandlet til de blir 18 år. Denne kompetansen må bygges opp i PHBU. Da vil vi kunne gi riktigere hjelp, og ikke minst ha mulighet til å jobbe ut fra et mer forebyggende og utviklingsfremmende perspektiv. Vi har erfart at uhensiktsmessige personlighetstrekk kommer til uttrykk så langt som ned i 11-12 års alder, og at dette lar seg vurdere. Slik sett kan en se for seg at en tidlig vurdering av slike trekk, med et riktig fokus i omsorg og behandling, vil kunne hindre utvikling av personlighetsforstyrrelse. Det å finne en balanse i god omsorg, grenser og ansvarliggjøring, vil kunne stanse en skjevutvikling. Dette er et svært krevende arbeid, som betinger et tett samarbeid med ungdommens omsorgsgivere.

Vi har sett at det er gunstig å jobbe ut fra at det foreligger kompleksitet, og vi har med hell brukt en biopsykososal kasusformulering som utgangspunkt i sakene. Dette utføres i samarbeid med behandlere, pasient og pårørende. Her kategoriseres biologiske, psykologiske og sosiale vansker, hvor en for hver av kategoriene uttaler seg om predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. Dette sorterer i det komplekse bildet, og hjelper oss å identifisere faktorer som er statiske og dynamiske, det vil si faktorer som en ikke kan gjøre noe med, kontra faktorer som kan endres. Dette gir et godt utgangspunkt for vår forståelse av saken og hva som skal til for å fremme utvikling hos ungdommen. Det kan gi et grunnlag for en behandlingsplan og også en god diagnostisk drøfting.

En god utredning med diagnostiske vurderinger gir en forståelse av vanskene og hjelper oss å formidle hva problematikken handler om til systemene som skal samarbeide med oss. Videre er det slik at diagnoser kan gi visse rettigheter og også helt konkrete behandlingsmuligheter (det være seg medikamentell behandling (for eksempel ADHD, bipolaritet, angst, depresjon), manualbaserte behandlinger som for eksempel KAT, DBT).

Somatisering

Mange av ungdommene vi har kommet i kontakt med, har mange bekymringer når det gjelder sin somatiske helse. Også her opplever de brudd i oppfølgingen fra sykehus og fastlege. I det ungdommene flyttes på institusjon, mister de ofte kontakten med sin fastlege, og det kan ta tid før en ny fastlege er på plass. På de akutte barnevernsinstitusjonene kommer dette sjelden på plass i det hele tatt, og disse institusjonene benytter oftest legevakt eller en privat lege. I prosjektperioden har vi vært involvert i høyst reelle allmennt medisinske problemstillinger som diabeteshåndtering, ernæringsforstyrrelser som f.eks D-vitaminmangel, kneskader, sår, infeksjoner, eksem, problemer med syn/hørsel, prevensjonsspørsmål og et tilfelle av inngrodd tånegl. I tillegg til dette foreligger det svært ofte mer diffus problematikk som hodepine, magesmerter, smerter i rygg/nakke, brystmerter,

pustevansker, som oftest blir vurdert som psykosomatiske symptomer. Det betyr at vi ikke finner sikker fysisk årsak til symptomet, men at det ses en sammenheng med de belastende psykologiske og sosiale hendelsene ungdommen har vært utsatt for. Her kan det synes som om denne pasientgruppen har en særskilt høy sårbarhet. Vår erfaring er at en lege i teamet har kunnet komme i posisjon til flere av ungdommene som ofte er mindre engstelige for å ta opp bekymringer knyttet til somatiske helse enn problemstillinger knyttet til psykisk helse.

Habilitering

Det er vår erfaring at ungdommer som bor i barnevernsinstitusjon ofte har så store vansker at en i liten grad kan ha fokus på å skulle kurere ungdommen. Vi har i stedet måtte tenke i et langsiktig og habiliterende perspektiv. Det medfører at det må foreligge aksept for at disse sakene får ha et langvarig barnepsykiatrisk behandlingstilbud.

Veiledning til institusjonene

I del 1 av prosjektet ble det vurdert behov for veiledning til personalet ved institusjonen i 13 av pasientløpene. Ved ytterligere fire anledninger har ikke ungdommer som har vært over 16 år, ønsket at PHBU skal veilede/snakke med institusjonen om ungdommen selv om det har vært vurdert behov for det. Veiledningen til institusjonene er ulikt organisert. Noen ganger har veiledningen blitt gitt i form av en diskusjon/samtale med en eller to miljøterapeuter på institusjonen på konkrete hendelser/episoder som har oppstått. Det er en utfordring å gi veiledning på denne måten fordi ikke alle miljøterapeutene som burde deltatt i diskusjonen er med. Ofte har det vært tilfeldig hvem man har veiledning med («den som er på jobb når det passer for PHBU og komme på besøk»). Vi har bedre erfaring med veiledning som har blitt gitt med hele miljøpersonalgruppen. Når hele personalgruppen samles øker muligheten for å danne en felles forståelse for ungdommens utfordringer og behov. En felles forståelsesramme gjør det lettere å få til enhetlig jobbing rundt ungdommene og det blir lettere å lede det miljøterapeutiske arbeidet. Dersom det er behov for hyppig kontakt kan man heller ha diskusjoner/veiledning med enkeltpersonell *i tillegg til* veiledning med hele gruppen.

Eksempel: ungdom plassert på enetiltak. Miljøterapeutene var svært usikre på hvordan de skulle forstå ungdommen og hvordan de skulle forholde seg til hen. Prosjektgruppen snakket med ulike miljøterapeuter som hadde til dels ulikt syn på hva som var god behandling for ungdommen. Ved å etablere felles veiledning med prosjektgruppen ble det jobbet frem en felles forståelse. Etter noen veiledningsavtaler styrer nå miljøterapeutene veiledningen selv og tar i stor grad ansvar for å gi ungdommen et mer tilfredsstillende behandlingstilbud.

I del 2 av prosjektet har det blitt gitt veiledning til personalet ved institusjonene knyttet opp mot alle ungdommene. Ved å delta fast i overlapp og på personalmøter har denne arenaen vært naturlig å bruke til å diskutere ulike behov som ungdommene har. Ingen av ungdommene i del 2 av prosjektet har sagt at de ikke ønsker at PHBU og institusjonen skal samarbeide om tilbudet som ungdommen mottar. Vår erfaring med å delta på overlapp/personalmøter og benytte dette til drøfting/veiledning/samarbeid har vært svært nyttig. Det er mange ansatte på hver institusjon, og det har vært erfaringer med at det er utfordrende og få informasjon og avtaler forankret i hele personalgruppen. Det er derfor avgjørende at også leder (eller noen med delegert ansvar) er tilstede og deltar i veiledning/drøftingsmøtene. Han/hun må ha ansvar for at de ulike vaktlagene er

tilstrekkelig informert. God struktur, tydelige rutiner og daglig ledelse på institusjonen er helt avgjørende for å få til et godt samarbeid om ungdommene.

Prosjektgruppens erfaring er at barnevernsinstitusjonene har behov for veiledning «utenfor» sitt eget system. Det at også PHBU tar delansvar for ungdommene, har vi erfart kan redusere på frustrasjon og følelse av tilkortkommenhet for de som skal tåle og støtte kaotiske ungdommer hver dag. Vi har fått tilbakemeldinger på at innspill og anerkjennelse fra PHBU gjør det lettere og «tåle trykket».

Brukermedvirkning

En klar tendens som vi har sett i prosjektperioden er at vi i har greid å komme i posisjon til de fleste av ungdommene. Gjennom dette har vi i større grad fått til utredning og oppfølging av ungdommer som en tidligere ikke har klart å konkludere diagnostisk med gjennom et poliklinisk tilbud alene. Vi tenker at dette har vært mulig å få til fordi rammene for vårt arbeid for har vært «fleksibel skreddersøm». Med det mener vi at vi har hatt mulighet til å tilrettelegge for hver enkelt ungdom. Vi har forholdt oss til hva ungdommen tror han kan klare å få til tross for at våre vurderinger av behov er annerledes enn ungdommens vurdering av behov. På denne måten har vi strukket rammene våre for å gi ungdommene positive erfaringer med behandlingsapparatet.

Eksempel: ungdom med rusproblematikk. Har i alle år hørt at «hen har ADHD». Ønsker derfor en utredning på om det er tilfelle eller ikke. PHBU og institusjonen hadde ingen mistanke om at det fantes noen aktuell ADHD-problematikk, men ønsket å ta ungdommen på alvor. Ungdommen gjennomførte utredningen på en positiv måte og gav gode tilbakemeldinger på at hen hadde opplevelsen av å bli hørt og forstått til tross for at det ikke var grunnlag for ADHD-diagnose.

I dialog med institusjonene har prosjektgruppen fått tilbakemeldinger på at mange av ungdommene fungerer bedre i hverdagen etter at prosjektgruppen har iverksatt tiltak. Tendensen er at de i større grad møter til avtaler og uttaler at de ønsker å motta helsehjelp når prosjektgruppen har mulighet til å dra ut til institusjonen og yte helsehjelp der ungdommen bor.

«Krise-håndtering»

Det som utfordrer både PHBU og barnevernsinstitusjonene aller mest er ungdommer i krise. Dette er ungdommer som ruser seg, er aggressive og utøver vold, selvskader og viser suicidal atferd. Når disse situasjonene oppstår er det viktig å ha fleksible, men tydelige systemer rundt, som har muligheten til å ivareta ungdommen på best mulig måte. PHBU må være tilgjengelige for ungdommen og institusjonene i en slik periode. Vi har i prosjektperioden erfart at flere barnevernsinstitusjoner tåler ungdommens lidelsestrykk godt, men at de har behov for støtte, veiledning og vurderinger fra PHBU.

I løpet av prosjektperioden har tre av prosjektets pasienter vært i kontakt med ungdomspsykiatrisk seksjon i PHBU for å vurdere behovet for øyeblikkelig hjelp innleggelse i PHBU. Disse tilfellene har vist at det er behov for en tydelig avtale mellom seksjoner internt i avdeling BUP/HABU på hvem og hvordan ungdommene skal ivaretas når symptomene grenser opp mot behovet for akuttinnleggelse i psykisk helsevern med eller uten tvang.

Komplekse systemer utfordrer ungdommenes tilgang til helsehjelp.

I prosjektperioden har vi stadig møtt på utfordringer i eget system når det gjelder å tilby god helsehjelp for ungdommer i barnevernsinstitusjon. PHBU som system er i liten grad rustet til å ta seg av disse ungdommene. Det foreligger ganske rigide rutiner knyttet til henvisning og

rettighetsvurderinger, i tillegg til at hver enkelt behandler i PHBU ikke har en fleksibel nok hverdag til å tilby et helhetlig og tilgjengelig helsetilbud. Dette er ikke ungdommer som kan vente på helsehjelp, og de fleste vil heller ikke å klare å nyttiggjøre seg et ukentlig tilbud med fast oppmøtetid på lokal poliklinikk. Videre har vi erfart at vi i liten grad lykkes med helsehjelpen dersom det ikke er et godt samarbeid med personalet på barnevernsinstitusjonene og barnverntjenestene. Derfor anser vi det som viktig at det er et team som jobber rundt ungdommen, heller at enkeltbehandlere tar seg av individuelltilbud, veiledningstilbud og systemarbeid.

Vi har drøftet mye hvorvidt det er riktig at vi står ansvarlige for ungdom som vi knapt treffer, og hvor åpent vi kan samarbeide med personalet ved institusjonen. Vi har et lovverk som krever at vi skal drive faglig forsvarlig virksomhet, og retningslinjer som ber oss blant annet vurdere suicidrisiko og voldsrisiko ved oppstart. Dette er ikke alltid hensiktsmessig eller mulig å få til rundt disse ungdommene. Et relasjonsbyggende oppstartsarbeid handler om å gi ungdommen litt mer enn man tar, slik at de holder seg motiverte og ser en mening med tilbudet. Det kan være en vanskelig balansegang. Vi opplever at ungdommene i liten grad tåler skjema på skjema, og spørsmål ut fra vår agenda.

Videre tenker vi at det er et stort press på behandlere i vårt system. Det stilles dermed krav til effektivisering og vurdering av kost/nytte. Dersom PHBU har pasienter som ikke nyttiggjør seg tilbudet er man tvunget til å avslutte. Ungdom som bor i barnevernsinstitusjoner bør ha helsehjelp tilgjengelig i perioder hvor de faktisk kan nyttiggjøre seg tilbudet. Det betyr at vi i prinsippet ikke bør avslutte konsultasjonsseriene, men være tilgjengelige for å yte helsehjelp i perioder med behov. Det ser vi at gir en stor trygghet for institusjonene som ungdommen bor på, og slik sett ivaretar en bedre omsorgssituasjon for ungdommen.

4.5 Delmål 3. Barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang til behandling uavhengig om omsorgssituasjonen er avklart eller ikke.

Å avslå en henvisning fra barn i barnevernsinstitusjon med begrunnelse i uavklart omsorgssituasjon har gradvis endret seg de siste årene. Dette var en legitim begrunnelse for avslag for noen få år siden. Prosjektleder har i løpet av prosjektperioden gjort et uformelt søk i journalsystemet DIPS for å se om dette er et avslagsgrunnlag som har vært benyttet de siste årene. I 2015 var det kun tre avslag fra PHBU til barn i barnevernsinstitusjoner. Ingen av disse avslagene var begrunnet i uavklart omsorgssituasjon. Dette bekreftes når vi har diskutert dette med både ledere i PHBU og i barnevern. Prosjektgruppen har fått innspill på at det kan være slik at barneverntjenestene har en oppfatning av hvilke ungdommer som vil bli gitt avslag eller ikke, og at de lar være å henvise en del ungdommer fordi de regner med avslag.

I prosjektperioden har vi valgt å gi det samme tilbudet uavhengig av status for omsorgssituasjonen. Samtidig har denne informasjonen vært viktig i våre vurderinger og refleksjoner. Vi har ikke tenkt at en uavklart omsorgssituasjon skal hindre oss i å yte helsehjelp, men i visse tilfeller er det faglige vurderinger som ligger bak for eksempel å la være å avdekke traumer og så videre, da en tenker at en stabil omsorgssituasjon er et premiss for å åpne for dette i en terapeutisk sammenheng.

Utover i prosjektperioden har vi gjort oss flere erfaringer med hvor *viktig det nettopp er at ungdommer som plasseres på institusjon får tilgang til psykisk helsehjelp ved plassering*, og særlig

ved akutt plasseringer i barnevernet. En uavklart situasjon er en god mulighet for å vurdere hvilke behov ungdommen har, både i forhold til omsorg og psykisk helse. I denne perioden vil man kunne utrede muligheter og utfordringer hos ungdommen og i systemene rundt. På denne måten vil man kunne sikre bedre plasseringer videre.

4.6 Delmål 4. Hindre brudd i oppfølging fra barnevern og/eller spesialisthelsetjenesten grunnet skifte av oppholdssted.

Flere av våre pasienter har vært flyttet i prosjektperioden, og nær sagt samtlige har flere flyttinger i sin historikk. De færreste av pasientene har derfor hatt erfaringer med en stabil omsorgssituasjon i sitt liv. Slik sett har denne tematikken vært en aktuell problemstilling i alle saker. Nesten alle bor i en institusjon med en grad av midlertidighet knyttet til seg. Barnevernstjenesten ønsker primært plasseringer i fosterhjem eller foreldre søker omsorgen tilbake. Det kan være ungdom som ikke klarer å tilpasse seg rammene på barnevernsinstitusjonen eller barnevernsinstitusjoner som ikke klarer å legge godt nok til rette for ungdommen. Derfor er dette stadig et tema som drøftes. Sakene med størst lidelsestrykk og størst grad av kompleksitet har oftest dette som tema.

4.6.1 Har det vært skifte av oppholdssted i perioden? Har skifte av oppholdssted ført til brudd i oppfølgingen av barn i pilotperioden?

Det har vært flere skifter av oppholdssted for ungdommene som har fått oppfølging av prosjektgruppen. Av 36 ungdommer har 20 ungdommer flyttet i løpet av perioden. Noen har flyttet til nærliggende institusjoner og fosterhjem, andre har flyttet ut av fylket. Vi vet at det er planlagt mulige flyttinger på flere av de resterende ungdommene også (9 stykker).

Alle ungdommene i prosjektet som har flyttet, har blitt overført til ny poliklinikk ved at saken er overført i DIPS, det er sendt med epikrise og eventuelt et overføringsnotat. Hvorvidt vi kan definere dette som å «hindre brudd i oppfølging» er vi usikre på. I tilfeller hvor ungdommens relasjon til behandler i PHBU har vært godt etablert har overføringsarbeidet vist seg å være avgjørende for tilliten ungdommen har til voksne. Den viktige dialogen med ungdommen om hva som planlagt, hva PHBU sitt arbeid med ungdommen innebærer og hva som skal skje videre er avgjørende for hvordan ungdommen føler seg ivaretatt. Å hindre brudd i oppfølging bør innebære at avslutning er godt planlagt, og at oppstart i nytt behandlingstilbud er godt forberedt. Dette innebærer at «gammel behandler» har møtepunkter med ungdom og «ny behandler» for å overføre det arbeidet som har vært gjort personlig. I prosjektperioden har vi noen ganger hatt en «teknisk overføring», andre ganger har vi sikret overføringen personlig.

Eksempel: Ved ett tilfelle har PHBU sikret kontinuitet ved at behandler fortsatte å følge pasient som flyttet fra en institusjon til en annen. Ungdommen gav sterkt uttrykk for at det var svært viktig at hen hadde en trygg voksen som kunne støtte hen i prosessen med å «finne plassen sin» på ny institusjon, og som kunne veilede ny personalgruppe på forståelse av ungdommen og ungdommens behov.

At ungdommene opplever stadige flyttinger er en stor utfordring for oppfølging og vil alltid gi brudd i oppfølging uavhengig av hvor godt det er forsøkt å sikre overgangene. Vår erfaring er at dette er aktuelt for alle ungdommene vi har møtt. Overgangene kan i større grad sikres ved at instansene tar i

bruk IP og samarbeider tettere, samtidig bør det også vurderes om Bufetat organiserer ungdommenes bosituasjon på en god nok måte. Vi har erfart at barneverntjenesten noen ganger ønsker å få innspill fra PHBU når de skal gjøre vurderinger om videre plasseringer. Vi tenker at våre vurderinger av ungdommens psykiske helse kan bidra til å kunne gjøre bedre vurderinger av ungdommens omsorgsbehov videre. I en del tilfeller har vi erfart at omsorgsvurderinger er gjort uavhengig både av PHBU og barnevernsinstitusjonens observasjoner og erfaringer. Dette tenker vi er meget uheldig. Vi tenker at det er viktig å ha gode rutiner for å ivareta dette da vurderinger av konsekvenser for psykisk helse burde ha større betydning for avgjørelser enn økonomiske og praktiske konsekvenser. Det er derfor behov for at Bufetat og/eller Nasjonalt inntaksteam (NIT) har rutiner hvor de også etterspør vurderinger fra PHBU når ungdommer skal plasseres.

Barnevernsinstitusjonene vi har samarbeidet med i del 2 av prosjektet har i økende grad erfart at barneverntjenester har bedt Bufetat om å plassere ungdommen videre innenfor Østfold fylke fordi ungdommen mottar et tilbud fra PHBU/prosjektgruppen og er i gang med et behandlingsopplegg. Dette tenker vi er positivt og vil i større grad gjøre det mulig å hindre brudd i oppfølgingen både fra PHBU og barnevern.

Kjennetegn ved barna som får god hjelp/mindre god hjelp

Vi har drøftet faktorer ved ungdommene som kan være avgjørende for om oppfølgingen blir vellykket eller ikke. Det er vanskelig å finne noen entydige svar da dette er en svært heterogen gruppe pasienter som har ulike behov. Vår erfaring er at det oftest er andre faktorer enn faktorer ved ungdommen selv som er mest avgjørende for hvor god helsehjelp de får, som kvaliteten av samarbeid mellom instansene rundt. Om vi har kommet i mål med utredninger og oppdrag har i noen tilfeller vært knyttet opp til pasientenes tidligere behandlingserfaringer, grad av relasjonsskade og egenmotivasjon. Ungdom som får god hjelp har oftere kortere fartstid i hjelpeapparatet (spesialisthelsetjeneste og barnevernstjeneste), de møter til avtaler og er motiverte for behandling. Der det ligger nevropsykiatriske tilstander til grunn er det også enklere å oppnå behandlingsmål.

De som har stor grad av relasjonsskade har vi erfart at det oftere er vanskeligere å tilby god hjelp. Vi har gjort erfaringer med at barn med annen kulturell bakgrunn kan være utfordrende og gi god helsehjelp. Det kan være både språklige og kulturelle utfordringer som gjør ungdommen mindre tilgjengelig for helsehjelp. Ungdommer med eksternaliserende atferd er ofte en utfordring for institusjonene. Det dreier seg om ungdommer som i liten grad respekterer krav og grensesetting. Disse ungdommene er det også utfordrende å skulle gi helsehjelp.

Vi opplever at faktorer som kjønn og kognitive evner har lite å si for evnen til å motta hjelp.

4.7 Delmål 5. Kontinuitet sikres fra alle instanser

Det er vår erfaring at det er svært vanskelig å sikre god nok kontinuitet. Kontinuiteten brister på flere ulike nivåer. Det er vanskelig å få til kontinuitet fordi det er vanskelig å samarbeide intensivt nok. Det er vanskelig å få til en god nok kontinuitet mellom de ulike vaktlagene som går turnus på institusjonen. Det er vanskelig å opprettholde kontinuiteten ved sykemeldinger og høy turnover. At den formelle kompetansen blant de ansatte varierer, utfordrer også kontinuiteten i tilbudet som gis. Det har vært vanskelig å få god nok kontinuitet mellom behandlere i prosjektgruppen. Vi erfarer at vi ikke klarer å opprettholde kontinuiteten når arbeidsbelastningen blir stor; vi snakker ikke sammen hyppig nok og viktig informasjon til eller om ungdommene glipper. Det har vært utfordrende og sikre

kontinuiteten mellom barnevernsinstitusjon og prosjektgruppen til tross for at vi i del 2 har hatt faste samarbeidsmøter. Det er likevel vår erfaring at faste samarbeidsmøter gjør det lettere å sikre kontinuiteten mellom barnevernsinstitusjonene og prosjektgruppen. En godt strukturert og ledet barnevernsinstitusjon sikrer kontinuiteten mellom sine vaktlag bedre, og et godt koordinert team med faste teammøter/behandlingsmøter mellom behandlere i prosjektgruppen sikrer kontinuiteten fra PHBU bedre.

4.7.1 Samarbeidspartnere

Individuell plan (IP)

I prosjektperioden har vi primært hatt fokus på samarbeidet mellom prosjektgruppen og barnevernsinstitusjoner. For å sikre kontinuiteten bedre er det også behov for å se på samarbeidet med og mellom barneverntjeneste, poliklinikker i PHBU og øyeblikkelig hjelp-institusjoner i PHBU. Vi har blant annet ikke erfart å få satt i gang arbeidet med individuell plan, og det har i liten grad vært etablert gode systemer rundt pasientene som for eksempel ansvarsgruppe som har bestått av flere enn barnevernsinstitusjon og barneverntjeneste. Vi hadde som en klar målsetting for del 2 av prosjektet at vi skulle klare å etablere IP rundt en eller flere ungdommer. Vi har ikke fått til dette. Det er vanskelig å vurdere hvorfor dette har vært så vanskelig. Trolig er det flere årsaker; det er uklart hvem som egentlig har ansvar for gjennomføring av IP og hvordan dette skal gjøres. En konsekvens av og ikke få til dette arbeidet er at kontinuiteten rundt ungdommene blir dårlig. For å få til etablering og gjennomføring av IP tror vi at ansvaret for dette må pekes ut mye tydeligere.

Helseansvarlig/barnevernsansvarlig

Det er i dag etablert helseansvarlige på de fleste institusjoner som blant annet er tenkt benyttet som kontaktperson i samarbeidet mellom PHBU og institusjonene. Vi har erfart at funksjonen er organisert svært ulikt og har ulikt definerte arbeidsoppgaver. Det er vår oppfatning at institusjonene ikke helt vet hvem som bør inneha denne rollen da mange miljøterapeuter jobber turnus og ikke alltid er tilgjengelig på dagtid for samarbeidspartnere. Noen barnevernsinstitusjoner har lagt funksjonen til leder som i større grad er tilgjengelig på dagtid. Dette vil kunne gjøre samarbeidet mellom barnevernsinstitusjonen og PHBU enklere, men vil kanskje være mer utfordrende for en del av de andre oppdragene som ligger til «helseansvarlig» fra Barne- ungdoms og familiedirektoratet? Det er vår erfaring fra prosjektperioden at det i større grad har vært hensiktsmessig og forholde seg til leder på institusjonen som samarbeidspartner fremfor å bruke helseansvarlig. Dette er begrunnet i tilgjengelighet, men minst like mye i myndighet. Samarbeidet er avhengig å være forankret hos personer som har kjennskap, kompetanse og myndighet knyttet opp mot barneverntjenester og andre samarbeidspartnere dersom man skal sikre kontinuiteten rundt ungdommene best mulig.

I prosjektperioden er det prosjektgruppen som har vært «barnevernsansvarlige» i PHBU. Vår erfaring er at dersom PHBU i større grad skal bidra til å sikre kontinuitet for ungdommene er det avgjørende å ha god kjennskap til barnevernssystemene. Vi har behov for å forstå hvem som har ansvar for hva og hvem som tar hvilke beslutninger rundt ungdommene. Det har i mange tilfeller vært uklart for oss hvem og på hvilket grunnlag viktige beslutninger rundt ungdommen har blitt foretatt. Vi antar at ansatte i barnevernsinstitusjoner og barneverntjenester har den samme erfaringen som oss. Det er derfor viktig at vi i større grad kjenner hverandres systemer dersom vi skal kunne sikre kontinuiteten bedre for ungdommene.

Felles dokumentasjonssystem?

I dag er det ingen muligheter for å ha et felles elektronisk verktøy for å gjøre samarbeidet og kommunikasjonen mellom instansene enklere og mer effektiv. I fremtiden vil vi anbefale at dette vurderes som en mulighet.

4.8 Etiske, juridiske og faglige utfordringer

4.8.1 Juridiske utfordringer

Samtykke

Prosjektgruppen har møtt flere juridiske problemstillinger i prosjektperioden som det har vært vanskelig å få en entydig avklaring på. Den største utfordringen har vært i forhold til «samtykke». Mange ungdommer mellom 16 og 18 samtykker ikke til helsehjelp. Barnevernsinstitusjonene viser til at mange ungdommer aldri blir henvist PHBU fordi de ikke samtykker.

Prosjektgruppen møtte tidlig på utfordringer knyttet både til samtykke til henvisning og samtykke til videre oppfølging fra PHBU. Vi har fått henvist flere ungdommer over 16 som har trukket samtykke etter kort tid. I praksis da, må PHBU avslutte saken. Vi har erfart at flere av de som trekker samtykket er de «dårligste» ungdommene med størst lidelsestrykk.

Vi har vært i kontakt med sykehusjuristene rundt ulike problemstillinger knyttet til samtykke. Vi ble oppfordret til å «utforske mulighetsrommet». Vi har tolket dette som at vi kan bruke tid og tilgjengelighet for å komme i kontakt med ungdommene. Ved å dra ut til institusjonen har vi fått flere samtykker fra ungdommer til å snakke med institusjonen selv om de ikke ønsker å ha personlig kontakt med PHBU. Ved å sette opp faste avtaler og komme igjen flere ganger har vi også erfart at ungdommens samtykke ikke er et klart «nei», men mer et «tja». Vi har erfart at jo bedre samarbeidet er med institusjonen er i forkant, slik at institusjonen kjenner prosjektgruppen og kan snakke med ungdommen om tilbudet, jo lettere er det å få et samtykke fra ungdommen. Vår oppfatning er derfor at også ungdommene som bor på barnevernsinstitusjoner ønsker helsehjelp i den forstand at de ønsker at de skal få det bedre. De er imidlertid skeptiske til at noen kan hjelpe dem med å få det bedre. PHBU bør få rom til og utforske muligheten for dette sammen med ungdommen før vi kan være sikre på at de vet hva de samtykker til eller ikke samtykker til.

I noen tilfeller har vi ikke fått samtykke til tross for gjentatte forsøkt på etablere kontakt. Dette har vært ungdommer som det er knyttet store bekymringer rundt. Det er også ungdommer som står i fare for å skade seg selv og andre. Vi har ofte diskutert hvorvidt vi kan inneha et behandlingsansvar for barn og unge vi ikke ser og når problematikken er så alvorlig som den er. Vi har et faglig ansvar og en plikt til å yte helsehjelp, men forsvarligheten er diskutabel. Vi har paradoksalt nok opplevd å måtte avslutte saker fordi pasienter er for «syke for behandling» fordi de ikke samtykker til helsehjelp.

I denne forbindelse har vi også vært i kontakt med sykehusjuristen for rådgivning omkring vurdering av pasienters samtykkekompetanse. En del av ungdommene vi har møtt i prosjektet, mener vi ikke er i stand til å gjøre gode vurderinger av hvilke behov de har. Hvorvidt de av den grunn må anses å være uten samtykkekompetanse må bero på en konkret vurdering av den enkelte. Det at pasienter tar

dårlige valg på egne vegne er ikke ensbetydende med at de mangler samtykkekompetanse, men kan selvsagt være en indikasjon på at de ikke er samtykkekompetente. Dersom en ungdom vurderes som ikke samtykkekompetent, kan helsehjelp i form av psykisk helsevern kun gis dersom det foreligger grunnlag for tvang. Dette gjelder selv om pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. I realiteten innebærer dette at regelverket oppleves som et hinder for å kunne etablere en behandlingsrelasjon til ungdom som pga. psykisk sykdom er svært dårlig eller marginalt fungerende, men som likevel ikke er så syke at det er grunnlag for tvang. For oss fremstår det som både et etisk og juridisk dilemma at disse svært dårlig fungerende ungdommene ikke kan gis helsehjelp før vanskene har blitt så store at det eventuelt må brukes tvang fordi det er fare for liv og helse. Det blir en viktig utfordring å løse hvordan man kan sikre at ungdom som ikke samtykker til helsehjelp, som har svært dårlig psykisk helse, likevel ivaretas på en slik måte at de kan få bedre det bedre med seg selv og andre.

En annen problemstilling i forhold til samtykke, er når ungdommen samtykker til å ta i mot helsehjelp, men nekter PHBU og institusjonen og samarbeide.

I del 2 av prosjektet har manglende samtykke vært mindre problematisk enn i del 1 av prosjektet. Alle ungdommer, bortsett fra en, samtykket til henvisning (11 ungdommer). Vi har erfart at et godt samarbeid med barnevernsinstitusjoner som kan jobbe med motivasjon for henvisning og samtykke, har påvirkning på antallet som ønsker henvisning øker og på at antallet som trekker samtykket etter oppstart reduseres.

Prosjektgruppen har flere ganger i løpet av prosjektperioden vært i kontakt med Sykehuset Østfolds jurister, Jostein Vist og Gry Hege Ahlgren. Juristene har vært benyttet til å drøfte flere av overnevnte problemstillinger. De har kommet med følgende uttalelse:

Utgangspunktet for all helsehjelp er pasientens informerte samtykke.

Om en pasient er samtykkekompetent må vurderes ut fra lovgivningen og de verktøy som blant annet beskrives i rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven og psykiskhelsevernloven. Dersom pasient ikke kan samtykke til helsehjelp selv må helsehjelpen baseres på annet rettsgrunnlag for eksempel tvang.

En hovedutfordring for dette prosjektet har vært å finne ut hvordan man skal tilnærme seg ungdom som formelt anses samtykkekompetente, men som til tross for sin situasjon synes ute av stand til å reflektere over eget behov for helsehjelp.

I prosjektet har man valgt å utfordre hvordan man vanligvis tenker omkring pasienter samtykke. Prosjektet har gått langt i å forsøke å motivere til helsehjelp, for ved det å gi pasienten et mulig bedre grunnlag for å reflektere over eget behov for helsehjelp. Erfaringer fra prosjektet har vist at pasient deretter ved konkludent adferd har samtykket til helsehjelp ved å delta i behandling.

Langt på vei kan man karakterisere måten å tilnærme seg pasientene på som en form for forsiktig dulting/nudging. Dette reiser så vel etiske som juridiske problemstillinger som utfordrer eksisterende regelverk og tradisjonell tolkning av rammeverket for samtykke. En konservativ og streng fortolkning av krav til samtykke vil innebære at en svært sårbar gruppe kan bli avskåret fra nødvendig helsehjelp. Dette reiser for lovgiver interessante spørsmål og problemstillinger knyttet til samtykke til helsehjelp, informasjon, medvirkning og tvang.

Uten å påberope å være en uttømmende liste kan nevnes følgende spørsmål/problemstillinger:

- *Hvordan kan man tenke et handlingsrom for å kunne få samtykke til henvisning (hvor bestemt er det at man må ha et samtykke for å kunne henvise?)*
- *Hva er «handlingsrom»? Hvordan kan man definere rammene/grensene for et handlingsrom?*
- *Hvordan kan man tolke et samtykke for å kunne samarbeide med omsorgsgivere? (kan man samarbeide/veilede en institusjon hvis barnet ikke samtykker til helsehjelp, dersom de ikke aktivt motsetter seg samarbeid mellom instansene?)*
- *Kan man eventuelt fortsette et samarbeid med barnevernsinstitusjonene dersom ungdommen trekker samtykke underveis i prosessen?*
- *Finnes det noen muligheter i lovverket for å kunne fortsette helsehjelpen når man ser at en ungdom fungerer stadig dårligere og samtidig trekker samtykket? (gjørne helsehjelp via barnevernsinstitusjonen/omsorgsgivere)*
- *Hvor tydelig må man be om samtykke? Hvor tydelig må man informere om samtykke generelt? Og hvor tydelig må man informere om samtykke når pasienten allerede er i et pasientløp når han/hun fyller 16?*

Prosjektet har vist at gjeldende samtykkebestemmelser er eller oppfattes å være til hinder for å komme i behandlingsposisjon. Det har åpenbart ikke vært lovgivers ønske at krav til samtykke skal ha den konsekvens at disse pasientene ikke skal få nødvendig helsehjelp. Uten helsehjelp er det risiko for at disse pasientene utvikler invalidiserende sykdom som de tar med seg inn i voksenlivet. I ytterste konsekvens at nødvendig helsehjelp først kommer som følge av at sykdommen over tid og uten nødvendig helsehjelp har fått utvikle seg til å bli så alvorlig at det er grunnlag for tvang. Det er derfor nødvendig med en gjennomgang av regelverket for å sikre at dagens bestemmelser om samtykke ikke har utilsiktede negative konsekvenser for en svært sårbar gruppe pasienter. Regelverket synes ikke å være tilstrekkelig tilpasset den virkelighet som treffer de gode intensjoner om samtykkebasert behandling for pasienter som ikke omfattes av vedtak om tvang.

Som eksempler på dilemmaer kan nevnes:

Kasus 1

Barneverntjeneste kontakter prosjektgruppen og informerer om at de har plassert en ungdom, 17 år, i barnevernsinstitusjon som de har en alvorlig bekymring knyttet til psykisk helse. Ungdommen har tidligere fått tilbud i lokal poliklinikk, men møtte ikke opp til avtaler. Konsultasjonsserien ble derfor avsluttet. Symptomene som beskrives kan tyde på alvorlig traume. Dette stemmer overens med at man vet at ungdommen har vært på flukt alene uten voksne i seks måneder og at ungdommen har fortalt at det har skjedd noe som ikke kan snakkes om. Ungdommen viser nå sterke tegn isolasjon, tilbaketrekning, søvnvansker, ernæringsvansker og hører stemmer. Ungdommen samtykker ikke til henvisning til psykisk helsevern.

Dilemma: Ungdommen har alvorlige tegn på psykisk lidelse. Hen er plassert i barnevernsinstitusjon fordi hen er psykisk syk. Likevel nekter hen og ta i mot helsehjelp og henvises derfor ikke.

Kasus 2

Ungdom henvises av fastlege, men bor i barnevernsinstitusjon. Oppsøkte fastlegen for somatiske plager. Fastlegen tenker psykiske plager og ønsker å henvise PHBU. Får under tvil samtykke til henvisning. Prosjektgruppen oppsøker institusjonen og snakker med ungdommen. Hen forteller om alvorlige symptomer med angst, enkoprese, samt traumesymptomer (blant annet sover hen med kniv under puten om natten). Hen er imidlertid tydelig på at han ikke ønsker hjelp fra PHBU. Prosjektgruppen må derfor avslutte konsultasjonsserien til tross for at institusjonen som skal ivareta hen er fortvilet og ønsker hjelp til å gi ungdommen et bedre og mer tilrettelagt tilbud.

Dilemma: Ungdommen har alvorlige tegn på traumer. Samtykker ikke til at PHBU kan komme igjen, eller at institusjonen kan veiledes. Institusjonen står igjen med ansvaret for en alvorlig psykisk syk ungdom.

Kasus 3

Ungdom samtykker innledningsvis til henvisning til PHBU. Er ambivalent til samtaler, møter noen ganger opp, andre ganger ikke. Blir etter hvert mer tydelig på at hun ikke ønsker hjelp fra PHBU. Institusjonen hen bor på trenger mye veiledning for å kunne ivareta ungdommens utfordrende seksuelle atferd. Prosjektgruppen fortsetter å veilede institusjonen en stund til tross for at ungdommen har uttrykt at hen ikke ønsker helsehjelp.

Dilemma: Til tross for at ungdommen ikke ønsker helsehjelp, har institusjonen stort behov for å få støtte og veiledning fra PHBU for å kunne ivareta ungdommen. Dette gjøres da i en periode hvor ungdommen fungerer stadig dårligere og utviser betydelig risikoatferd. Alternativet etter hvert var å avslutte konsultasjonsserien og la barnevernsinstitusjonen og barneverntjenesten stå igjen med ansvaret for en alvorlig psykisk syk ungdom. Dette fordi ungdommen ikke samtykket, og fordi PHBU ikke kan stå behandlingsansvarlig for en pasient som stadig fungerte dårligere uten og ville ha hjelp (ikke forsvarlig behandlingstilbud).

Kasus 4

Ungdom henvises etter samtykke fra foreldrene. Ungdommen er ambivalent og veldig redd for psykisk helsevern etter å ha vært tvangsinnlagt. Har også vært akutt plassert på barnevernsinstitusjon med låste dører. Møter ikke selv til samtaler med oss, men ønsker til tider medisiner for å kunne gjennomføre skolegang. I løpet av perioden blir ungdommen 16 år. Foreldrene ønsker ikke at ungdommen skal få vite om innsynsrett i journal på grunn av ungdommens vansker med å forstå verden jfr. problematikken hen har. Vi velger også og ikke informere om at hen nå har rett til å samtykke selv. Ungdommen møter sporadisk til avtaler for å følge opp medisiner. Prosjektgruppen har et tett samarbeid med institusjonen.

Dilemma: Ungdommen har ikke blitt informert om han selv kan samtykke. Ungdommen er svært ambivalent til psykisk helsevern.

Kasus 5

Ungdom samtykker ikke til henvisning, men blir henvist likevel. Avviser behandler i første møte, sier at hen ikke vil snakke med PHBU. Behandler kommer likevel tilbake, og ungdommen tar i mot tilbud. Det er sterk bekymring knyttet til ungdommens fungering. Hen har skadet flere miljøterapeuter på barnevernsinstitusjonen alvorlig. Risikovurdering konkluderer med høy gjentakelsesfare. Ungdommen har isolert seg på rommet, følger ikke opp hygiene og har lite kontakt med miljøpersonalet på institusjon.

Dilemma: ungdommen henvises uten samtykke og uttrykker tydelig i første møte at hen ikke samtykker til helsehjelp. Ved å komme tilbake likevel, møter hen til slutt opp og samtykker.

Kasus 6

Ungdom med ADHD og rusproblematikk. Ønsker medisiner. Samtykker ikke til at PHBU og institusjonen skal snakke sammen/samarbeide. Får utskrevet medisiner som hen ved ett tilfelle har samlet opp og ruset seg på. Ungdommen har behov for medisiner, men trenger også oppfølging av voksne.

Dilemma: Ungdom ønsker helsehjelp, men får ikke den helsehjelpen hen har behov for fordi kvaliteten på helsehjelpen i dette tilfelle avhenger av et godt samarbeid mellom barnevernsinstitusjonen og prosjektgruppen som ungdommen ikke samtykker til.

Vår erfaring er at problemstillinger rundt samtykke er en stor utfordring i forhold til å skulle gi barn i barnevernsinstitusjoner helsehjelp. Dersom flere barn og ungdommer skal få den helsehjelpen de har behov for det gjøres en vurdering av muligheter og begrensninger i samtykkelovgivningen.

Tilgang til kommunale tjenester

Et annet område hvor prosjektgruppen har møtt på utfordringer er i forhold til ungdommens rettigheter til kommunalt helsetilbud. Ved en anledning har det blitt sendt henvisning til psykisk helsetilbud i kommunen som ikke har vært ungdommens hjemkommune. Det kommunale tilbudet gav avslag med begrunnelse om at ungdom som bor i institusjon ikke har rett på kommunalt tilbud innen psykisk helse da det er institusjonen selv og Bufetat som har ansvar for å ivareta dette behovet.

Veldig få av ungdommene i prosjektet mottar noe tilbud fra kommunen utover tilbudet de har fra barneverntjenesten. Vi har opplevd flere ganger å få spørsmål om barn som bor i barnevernsinstitusjoner egentlig har krav på koordinerte- og langvarige tjenester. For de fleste av ungdommene vi har møtt ville det vært nyttig å tenke i et habiliterende perspektiv. Mange av ungdommene vil streve med psykiske lidelser i mange år fremover, og vil være avhengig av at det offentlige tilrettelegger for både bosted, jobb/studier og trygdeytelser. I tillegg vil mange ha behov for ulike kommunale tilbud innen psykisk helse, rusomsorg og sosiale tjenester. Likevel har vi erfart at det ikke finnes noen langsiktig plan, eller at det er henvist til aktuelle kommunale tiltak for noen av ungdommene i prosjektet.

Psykologer i barnevernet

Det kan være en juridisk utfordring at barnevern ansetter psykologer. I utgangspunktet er dette en ressurs og vi kan være gode samarbeidspartnere. Psykologene i barnevernet har imidlertid, slik vi oppfatter det, et uklart mandat/oppdrag og myndighetsområde. Psykologer er helsepersonell, men kan ikke diagnostisere og behandle innenfor helsevernloven i barnevernsinstitusjonsrammen. Vi

ønsker oss en sentral avklaring på ansvar og myndighet for psykologene i institusjon slik at vi kan komplimentere hverandre på en måte som er hensiktsmessig for ungdommen og de som skal ivareta ungdommene i hverdagen.

4.8.2 Etiske utfordringer

Vi har erfart ulike etiske problemstillinger i disse sakene. Flere av problemstillingene er knyttet til fordeling og avklaring av ansvar. Barnevern og PHBU har overlappende ansvarsområder som må avklares i hver enkelt sak. Den enkelte saksbehandler/institusjon og behandler i PHBU vil ha sin egen oppfatning av hva en tenker er sitt ansvar inn mot ungdommen. Dette blir ofte ikke kommunisert godt nok ut til de andre. Med mange fagpersoner og instanser inne i saken, kan det lett oppstå misforståelser og uenighet. Det har til tider vært utfordrende å være et team i grenseland mellom barnevern og psykiatri, og hvor det noen ganger har vært forventninger til oss som er langt over det vi kan stå inne for, og det i andre tilfeller ikke foreligger forventninger til oss i det hele tatt.

Det oppstår også etiske dilemmaer i seg selv ved at vi nå er i en prosjektperiode, og at vi igangsetter behandlingstiltak og etablerer relasjoner hvor vi vet at det blir brudd. Dette er barn som trenger langvarige relasjoner og allerede har mange brudd.

4.8.3 Faglige utfordringer

Sakene i barnevernprosjektet har vist seg å være svært alvorlige og komplekse. Mange av pasientene har vært henvist PHBU ved flere anledninger, men har aldri fullført utredningen (mangel på motivasjon, flytting, eller kompleksiteten i seg selv). Sakene har i tillegg ofte preg av krise. Å jobbe i så uavklarte situasjoner med så mye kaos og belastninger, er faglig utfordrende. Vi opplever å måtte sette diagnoser i et uoversiktlig landskap og hvor vanlige faglige retningslinjer for utredning er vanskelig å benytte fullt ut. Her er det åpenbart behov for spesialkompetanse utover det spesialisthelsetjenesten normalt bidrar med. Vi ser viktigheten av å ha et tverrfaglig team som har mulighet for å jobbe arenafleksibelt.

Faglige utfordringer i tverretatlig samarbeid

I prosjektperioden har vi bare hatt erfaringer med samarbeidspartnere som ønsker å få til et godt samarbeid. Det har likevel ikke alltid vært enkelt å få til et effektivt nok samarbeid for å hjelpe barnet godt nok. Fra PHBU sitt perspektiv oppleves ansvar og myndighet rundt barnet som uklart. Det er per definisjon barneverntjenesten i hjemkommunen som har ansvaret for barnet. Noen saksbehandlere følger opp barnet tett, andre har delegert det meste til barnevernsinstitusjonene. På barnevernsinstitusjonene jobber det mange forskjellige som har kontakt med barnet. Noen ganger er det leder som utøver myndigheten i forhold til barnet, andre ganger er det miljøterapeuter som jobber og kjenner barnet best som tar ansvaret. Resultatet er ofte at det tas avgjørelser på barnets vegne med utgangspunkt i at vi har ulike ansvarsområder. Dette resulterer i at viktige avgjørelser baseres på at man har ansvar for deler av noens liv, og ikke gjør gode nok totalvurderinger. Det mest vanlige eksempelet er ungdommens bosituasjon. Nesten alle de ungdommene vi har møtt i prosjektet har en uavklart bosituasjon. Dette preger de avgjørelsene som tas på ungdommens vegne. Avgjørelser og vurderinger som blir tatt baseres på nåsituasjonen, og ikke nødvendigvis på hva som er «best i lengden». Dette ser vi flere steder gir seg utslag i at daglige rutiner og forventninger til barnet bestemmes ut fra praktiske hensyn og rammer på institusjonen mer enn hva som er barnets behov. Flere ganger har vi sett institusjoner med en umulig omsorgsoppgave. De skal ivareta flere svært dårlig fungerende ungdommer samtidig. Dette er ikke mulig å få til med begrensede ressurser

og personell, og ofte dårlige lokaler. Vi har sett en tendens til at de godt etablerte private barnevernsinstitusjonene i noe større grad får til bedre individuelle tilpasninger enn de offentlige institusjonene. Dette er en interessant observasjon som bør undersøkes nærmere. Våre antagelser er at dette handler om flere ting; de er tydeligere på hva de kan tilby Bufetat og den enkelte ungdom, de følges tett opp på det tilbudet de gir, de får mer penger for ungdommer som trenger mer spesialiserte tiltak og de kan i større grad velge hvilke ungdommer de plasserer i hvilke av tiltakene.

Når PHBU kommer inn i samarbeidet med institusjoner og barnevernsinstitusjoner møter vi svært ulike forventinger til oss. Alle vi har truffet i prosjektperioden er positive til samarbeid, men det er stor forskjell på hvor proaktive institusjonene har vært i å etablere samarbeidet. Ofte avhenger dette av ungdommens fungering. I de tilfellene hvor ungdommene har en tilsynelatende grei fungering og atferden er mer internaliserende kan det synes som at institusjonene tar mindre ansvar for samarbeidet. Når det gjelder ungdommer som har en mer eksternaliserende atferd og som i høy grad utfordrer personalgruppen, er institusjonene oftere mer opptatt av samarbeidet med PHBU og ønsker tett kontakt. Ut fra de erfaringene vi har gjort oss i prosjektet tenker vi at ungdommene hadde vært mer tjent med at samarbeidet mellom institusjonen og PHBU i større grad hadde vært etablert før ungdommens vansker hadde eskalert. Vår erfaring er at det tar ganske lang tid før de ulike samarbeidspartene blir enige og får avklart hvem som skal gjøre hva i forhold til ungdommen. For å kunne gi et godt tilbud til ungdommen er vi avhengig av å kjenne «familiesystemet» til ungdommen for å kunne ha et helhetlig perspektiv på ungdommens vansker. Når dette «familiesystemet» inkluderer både biologisk familie, barneverntjeneste og institusjon vil det nødvendigvis ta tid og bli kjent. Samtidig erfarer vi at vi er avhengig av å ha denne kunnskapen for å gjøre gode nok vurderinger av psykisk helse og hvilke behov ungdommen har i forhold til psykiske helseplager. Dette resulterer i at når det henvises ungdommer med store vansker tar det ofte lang tid før ungdommen får reell hjelp, og i en del tilfeller vil samarbeidet rundt den kaotiske ungdommen bli så vanskelig at ungdommen ikke får helsehjelp fra PHBU.

Eksempel 1: Ungdom som tidligere har fungert greit. I løpet av kort periode falt den daglige funksjonen. Økt selvskading, suicidal atferd, rømninger og verbal utagering. Institusjonen vurderer at de ikke kan ivareta ungdommens behov og at ungdommen må flyttes. Ungdommen selv er svært ambivalent på hva hen ønsker. Barneverntjenesten ønsker ungdommen innlagt i PHBU døgnavdeling, PHBU døgnavdeling tenker at ungdommen ikke er alvorlig suicidal og må ivaretas av barnevernsinstitusjon. Barneverntjenesten har ingen alternative muligheter for plassering, men vurderer å gjenforene med den forelderen som ikke har mistet omsorgen. PHBU mener at det er stor fare for retraumatisering etter alvorlig omsorgssvikt. Barneverntjeneste, barnevernsinstitusjon og PHBU klarer ikke å få til en felles forståelse av ungdommens fungering og behov. Det gjøres derfor motstridende vurderinger. Ungdommen plasseres tilbake hos foresatt mot PHBUs klare anbefaling.

Eksempel 2: Ungdom med alvorlig suicidal problematikk. Plassert i akuttinstitusjon i barnevernet. Faller etter hvert til ro på barnevernsinstitusjonen. Tar i mot støtte og omsorg fra de ansatte på institusjonen, og tar for første gang frivillig i mot hjelp fra PHBU (ambulant). Uttrykker etter hvert at hen begynner å få det bedre, men gruer seg til å måtte flytte fra barnevernsinstitusjonen. Behandler i PHBU er tydelig på at flytting må planlegges nøye på grunn av ungdommens alvorlige problematikk og sårbarhet. Til tross for dette flyttes ungdommen i løpet av en uke, rett før en ferie. Dette resulterer i akuttinnleggelse i PHBU grunnet økt suicidal trykk. Samarbeidet med den akutte barnevernsinstitusjonen hadde fungert godt og så lenge ungdommen var der klarte man og

stabilisere situasjonen for ungdommen. Barneverntjenesten, som befant seg noen timer unna, hadde imidlertid ikke vært en del av det tette samarbeidet og gjorde derfor en vurdering om flytting uten å ha drøftet flytteprosessen med behandler i PHBU, noe som resulterte i en akutt krise hos ungdommen.

Det er vanskelig å få til en kontinuitet uten at samarbeidet er godt nok forankret. I de sakene hvor man har klart å sikre kontinuiteten har man ofte fått til et tett samarbeid først. I de sakene erfarer vi at det sjelden har blitt gjort vurderinger fra de ulike instansene som har skapt stor misnøye eller mistillit. Alle har i større grad hatt en felles forståelse for ungdommens behov. Dette har også gjort det enklere å sikre kontinuiteten over tid. Det er vanskelig å sikre kontinuiteten hvis vi ikke først er enige om hvem som skal gjøre hva, hvilke behov ungdommen har og hvordan man skal hjelpe ungdommen videre.

Eksempel: Ungdom med sterk utageringsproblematikk. Bor i enetiltak. Miljøpersonalet på institusjonen er fortvilet og slitne. Ungdommen er svært ambivalent til helsehjelp, men samtykker. Institusjonen ønsker at ungdommen skal utredes og få behandling, ungdommen klarer ikke å gjennomføre samtaler med oss. Det forsøkes å komme i posisjon til ungdommen; poliklinisk tilbud, ambulant tilbud og døgntilbud forsøkes. Samtidig er det mange møter med institusjon, både gjennom avtalte møtepunkter, telefoner og via veiledning. Etter hvert etableres et godt samarbeid med gjensidig respekt. Ungdommen prøves ut på medisiner med god effekt, institusjon og PHBU er enige i forståelsen av ungdommens vansker og hvilke tiltak det er viktig å jobbe med videre. Ungdommen har ikke hatt utageringsepisoder på 4 måneder. Dette vurderes både av institusjonen og av PHBU at dette skyldes at vi har fått til et godt samarbeid og felles forståelse. Det er imidlertid en omfattende prosess å få til et slikt samarbeid. Det er registrert over 100 tiltak i journal før vi har kommet dit hvor vi tenker at situasjonen har stabilisert seg noe, og at ungdommen har fått det bedre. Først nå ser man fremover og jobber med utvikling hos ungdommen. Vi opplever også at når vi først har fått til et slikt samarbeid så er det lettere å sikre kontinuitet rundt ungdommen videre.

4.9 Oppsummering og anbefalinger

4.9.1 Hvordan passer modellen?

Med utgangspunkt i de fem overordnede målsettingene for prosjektet har prosjektgruppen i Østfold forsøkt å undersøke om et ambulant team med fokus på fleksibilitet og tilgjengelighet vil være en hensiktsmessig måte å organisere tilbudet for at flere ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner skal få den helsehjelpen de har behov for. Ut fra vår erfaring er **det er prosjektgruppens klare anbefaling at det etableres spesialiserte tverrfaglige, ambulante team som barnevernsansvarlige i PHBU.** Dette kan begrunnes ut fra to hovedaspekter:

1. Det vil sikre nødvendig stabilitet i samarbeidsrelasjonene både ovenfor de ulike instansene og ungdommene. Ut fra prosjektperioden ser vi at nettverksbygging og kjennskap til hverandre gir bedre samarbeid mellom instansene. Et bedre samarbeid er nøkkelen til både å få henvist flere ungdommer som har behov for helsehjelp, og å gi ungdommene bedre helsehjelp. Mange av ungdommene har opplevd utallige relasjonsbrudd og vi har opplevd at de har lite toleranse for avbrudd i relasjonene, som

for eksempel ved sykdom, kurs, ferier osv. Det er videre nødvendig med høy grad av fleksibilitet og tilgjengelighet for å kunne gi institusjonene og ungdommene den hjelpen de har behov for de i de situasjonene hvor de har behov og kan nyttiggjøre seg av våre intervensjoner.

2. Et tverrfaglig spesialisert team er også nødvendig for å forstå og ivareta ungdommens komplekse og sammensatte vansker. Det har blitt tydelig for oss gjennom prosjektperioden at vi har behov for å tilegne oss mer kompetanse på en rekke områder som vi har begrenset erfaring med fra tidligere (for eksempel rus, voldsproblematikk, skadelig seksuell atferd og personlighetsproblematikk). Det er vår opplevelse at det mangler kompetanse på disse områdene generelt i vårt system, og at det også har medført at PHBU ikke har ønsket/vært i stand å ta ansvar for ungdommer med denne typen vansker. Det er derfor svært viktig at det tverrfaglige teamet får muligheten til å opparbeide seg kompetanse på disse områdene.

Teamets kompetanse

Det ambulante teamet bør inneha medisinsk kompetanse, test- og utredningskompetanse og miljøterapeutisk kompetanse. Det innebærer at teamet må ha spesialist i psykiatri og psykologspesialist, og bør ha spesialist med treårig høgskole (barnevernspedagog/vernepleier/sykepleier/pedagog) med miljøterapeutisk erfaring.

Prosjektgruppens erfaring er at det er meget hensiktsmessig med en koordinator i teamet som har god kjennskap til alle behandlingsforløpene og som har kunnet bistå teamet i kommunikasjon med ledere og institusjoner. For å sikre gode vurderinger samt sikkerhet og stabilitet bør det avsettes to behandlere/terapeuter som har ansvar rundt hver pasient. Dette fordi det er et krevende systemarbeid rundt hver enkelt ungdom. Det er nødvendig med spesialist lett tilgjengelig i forhold til «krisehåndtering», risikovurderinger og diagnostisering.

Organisering av teamet

En del ungdommer vil kunne ivaretas og gis et tilstrekkelig tilbud i lokal poliklinikk. I noen tilfeller vil et ambulant team ikke være tilstrekkelig i en kortere periode, og det vil være behov for å vurdere innleggelse i PHBU. Et tverrfaglig ambulant team må derfor ha etablert et tydelig samarbeid med både poliklinikker og døgninstitusjoner innenfor eget system. Det vil være nødvendig med smidige overganger mellom poliklinikker, det ambulante teamet og døgninstitusjonene.

Det vil nok være ulike måter å organisere ambulante team som skal være knyttet opp mot barnevernsinstitusjonene. Noen steder vil det være hensiktsmessig og legge de i tilknytning til lokale poliklinikker, andre steder vil det være hensiktsmessig og legge teamene i tilknytning til døgnavdelinger/akuttavdelinger. Prosjektgruppen i Østfold vil primært anbefale at teamene ligger i tilknytning til døgnavdelinger/akuttavdelinger i PHBU. Dette fordi det er vår erfaring at arbeidet med ungdommer som bor på institusjoner er mest krevende når det oppstår «kriser». Det vil kunne være behov for å vurdere innleggelse i PHBU, og da er det viktig at kommunikasjon mellom teamet og akuttseksjonen er god nok. I enkelte tilfeller vil akuttseksjonen utfører samme type arbeid (ambulant oppfølging i forkant eller etterkant av innleggelse) som teamet. Det bør da være et tett samarbeid mellom akuttseksjonen og teamet slik at vi gir et mest mulig enhetlig tilbud til ungdommene og barnevernsinstitusjonene.

Det vil også være en fordel med et tett samarbeid mellom teamet og akuttseksjonen fordi akuttseksjonen jobber mye med de samme faglige problemstillingene hos ungdommene som teamet gjør.

Det er viktig at det er avsatt eget personell til å jobbe i det ambulante teamet slik at ressursene og kompetansen ikke blir «spist opp» av behovene i døgnavdelingen/akuttavdelingen. I tillegg er det svært viktig at relasjonen mellom de ansatte i teamet må være tett nok til å tåle belastningen i arbeidet. Vår erfaring fra prosjektperioden er at sterke bånd til hverandre, hvor medlemmene er trygge og hvor man kan hente støtte, er avgjørende for å tåle utfordringene i arbeidet.

Teamets tilgjengelighet

Et ambulante team bør ha mulighet for å være tilgjengelig på ettermiddag/kveldstid. I prosjektperioden har vi erfart at mye av aktiviteten og samarbeidet kan foregå på dagtid. En del ungdommer er på skole/dagtilbud på dagen og det vil være lite ønskelig å avbryte skoletilbudet for å møte til avtaler med PHBU. Det viktigste argumentet for tilgjengelighet på ettermiddag/kveld er likevel at det ofte er da krisene oppstår. Ved å kunne kontakte teamet for råd, veiledning, støtte eller vurdering av ungdommen vil gjøre at mange institusjoner vil føle seg tryggere på å ivareta ungdommen gjennom krisen. Det kan være at en slik modell også vil kunne redusere antall akuttinnleggelses i PHBU. Dette har vi imidlertid ikke sett på i dette prosjektet.

Henvisningsrutiner

Det har blitt svært tydelig for oss i prosjektperioden at ordinære henvisningsrutiner med inntil 65 dagers ventetid vil være lite hensiktsmessig for denne gruppen ungdommer. Særlig for ungdommer plassert i akuttinstitusjoner i barnevernet er det behov for at de ikke blir satt på ordinær venteliste men kan få oppstart i løpet av kort tid, maksimalt to uker. En konsekvens av dette er at henvisninger bør gå direkte til teamet. Dette vil også være hensiktsmessig i forhold til kontakt og drøfting med henviser i forkant og etterkant av henvisning og i forbindelse med oppstart. Dersom ungdommer kan nyttiggjøre seg et poliklinisk tilbud kan de henvises/overføres til lokal poliklinikk. Ungdom kan også overføres til lokal poliklinikk der hvor situasjonen er relativt avklart og hvor veiledning til institusjonen er primær oppdrag. Dersom behovene i saken øker i perioder («krise»), er det hensiktsmessig med tett kontakt mellom poliklinikk og det ambulante teamet.

Pasientforløp

Pasientforløpene må utarbeides i samarbeid med ungdommen, barnevernsinstitusjonene og barneverntjenestene. I prosjektperioden har vi hatt lite fokus på samarbeid med barneverntjenestene. Vi tenker at det er viktig å etablere bedre samarbeidsrutiner enn det som finnes i dag. Vi tror også her at et spesialisert team vil være bedre rustet til å etablere gode samarbeid fordi man får opparbeidet mer kompetanse og kunnskap om barnevernssystemet.

I prosjektperioden har prosjektgruppen erfart behovet for å standardisere noe av tilbudet. Det betyr at det bør utarbeides et utgangspunkt for oppstart og gjennomføring av pasientforløp som er tilpasset ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner. Denne kan presenteres som et utgangspunkt slik at ungdommen og institusjonen lettere kan forstå hva PHBU kan bidra med av helsehjelp til ungdommen. Denne «pakken» må være fleksibel nok til å kunne tilpasses ungdommens ønsker og behov.

Hvem må samarbeide og hvordan samarbeide?

Vi har i del 2 av prosjektperioden skriftliggjort avtalene vi hatt om samarbeid (samarbeidsavtaler). Vi har forsøkt å gjøre disse så konkrete som mulig. Samarbeidsavtaler er et svært nyttig og anbefalt verktøy videre. Samarbeidsavtalene bør gjøres mellom teamet og den enkelte institusjon og si noe konkret om kontaktform, tilgjengelighet og ansvarsoppgaver på systemnivå. I tillegg anbefaler vi at det foreligger samarbeidsavtaler også på høyere nivåer, mellom PHBU og Bufetat, i tråd med føringer fra overordnet samarbeidsavtale «sammen og koordinerte» fra 2006.

Vi har i del 2 av prosjektperioden gjennomført to temadager med barnevernsinstitusjonene som vi samarbeider med. Det har kommet positive tilbakemeldinger på dette, både faglig og sosialt. Dette er en arena hvor man kan tenke seg at barnevern og PHBU blir bedre kjent med hverandres arbeid og organisasjoner. Vi vil derfor anbefale at det utvikles et konsept knyttet opp mot faglig utveksling mellom instansene. Dette vil være lettere å gjennomføre dersom ansvaret for dette for PHBU ligger til et spesialisert team.

4.9.2 Ressursbehov i oppstartsfasen og drift

For å lykkes med et team som kan gi god nok helsehjelp til ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner er man avhengig av å ha personer som ønsker å jobbe med en utfordrende gruppe og som tåler uforutsigbarheten og rammene i systemene våre (både barnevern og helse). De som jobber i teamet må være forberedt på at det vil være behov for å gjøre endringer i arbeidsmetoder og systemene våre i årene fremover fordi vi i større grad må tilpasse tjenestene våre til ungdommene/pasientene. Videre må det være tilstrekkelig bemannet til å kunne støtte institusjoner og ungdom i krise ved for eksempel økt suicidalt trykk, selvskading, utagerende atferd (vold og trusler) og rømninger/avstikkinger.

Helseforetaket og ledelse må være villige til å bruke tilstrekkelig med ressurser på en gruppe ungdommer som ikke nødvendigvis gir best utbytte i en kost/nytte vurdering her og nå. I tillegg må man være villig til å godta at ungdommer som bor på barnevernsinstitusjoner må ha tilpasninger i tilbudet sitt som ikke nødvendigvis er hensiktsmessig for den øvrige pasientgruppen (henvisningsrutiner/ventetider, tilgjengelighet, habiliterende perspektiv).

Det må settes av tilstrekkelig med tid til å sikre overganger innenfor eget system. Det bør utformes samarbeidsavtaler og rutiner mellom teamet, poliklinikker og døgnsesjoner. Det bør også utformes samarbeidsavtaler med barnevernsinstitusjonene, samt rutiner for henvisning.

Vi antar ut fra erfaringer i prosjektperioden at hver behandler i ambulant team til enhver tid kunne ha ca. 10 pasienter på pasientlisten. I tillegg tenker vi at dette teamet må samarbeide godt med de lokale poliklinikkene, fylkesdekkende tjenester og døgninstitusjonene.

Ressursbehovene i drift vil være mye av de samme som i oppstart. Det hadde i tillegg vært ønskelig med mulighet til å sikre god fagutvikling gjennom at det arbeidet som gjøres dokumenteres, systematiseres og offentliggjøres (FOU arbeid).

4.9.3 Fordeler og utfordringer for organisasjonen PHBU/Barnevern

Prosjektgruppens erfaring er at et ambulant og fleksibelt tilbud øker antallet ungdommer som tar i mot helsehjelp og institusjonene uttrykker at det er lettere for dem å gi ungdommene den helhetlige og utviklingsfremmende hjelpen som de har behov for. Det er en fordel både for PHBU og barnevern

at PHBU henvises så raskt som mulig. Prosjektets erfaring er at ungdommens ønske, og mulighet for å ta i mot hjelp er størst når det er «krise». Henvisning til PHBU bør derfor ikke vente til situasjonen har stabilisert seg.

For PHBU er det en fordel å samle kompetansen på denne gruppen i et team. Både arbeidsmetoder og forståelsen for disse komplekse vanskene vil øke når man opparbeider seg kompetanse og erfaring. Ved ett tilfelle har vi erfart at et tett samarbeid med ungdom og institusjon har forebygget akuttinnleggelser. På generelt grunnlag kan det derfor tenkes at et ambulant tilbud vil kunne forebygge akuttinnleggelser. Dette er tradisjonelt en gruppe som har mange «ikke-møtt» til avtaler på de lokale poliklinikkene. Ved å ha en ambulant tilnærming og et eget team vil medarbeidere på poliklinikken kunne prioritere andre pasienter.

For barnevern vil det være en fordel å få gjort vurderinger av ungdommene også av noen «utenfor» eget system, noen som har et annet fokus og en annen tilnærming til ungdommens vansker. Dette kan gi et mer komplementært bilde. Barnevern kan få støtte og veiledning til å bedre ivareta ungdommene som bor på institusjonen. Det vil også være et nyttig bidrag ved plasseringer gjort av barneverntjenesten at det foreligger en helsefaglig vurdering av ungdommens behov.

Et erfarent team vil på en ressurseffektiv måte kunne yte hensiktsmessig helsehjelp for ungdommene fremfor enkeltbehandlere i PHBU. Et ambulant og fleksibelt team vil kunne dekke opp for mulige utilstrekkeligheter i systemet vårt. Ungdommene som bor på institusjon blir ofte beskrevet «å falle mellom alle stoler». Dersom man har lagt ansvaret til et ambulant team med fleksible rammer vil det være mulig å yte helsehjelp slik som ungdommen har behov for at den blir gitt. En medarbeider på poliklinikken vil ofte være begrenset av fysiske rammer og fulle timebøker. En døgnseksjon vil ofte måtte begrenset sitt område for helsehjelp til inneliggende pasienter eller pasienter som allerede har en kontakt i seksjonen. Et ambulant team vil kunne møte ungdommen «mellom stolene», og tilpasse tilbudet sitt til ungdommens behov.

Vår erfaring er at svært mange av ungdommene som bor i institusjon har store behov for psykisk helsehjelp i perioder. Det er videre vår erfaring at gode barnevernsinstitusjoner fint klarer å ivareta både ungdommenes omsorgsbehov og psykiske helse dersom de har et spesialisert team fra PHBU tilgjengelig i de periodene de har behov for det. Vi mener derfor at det vil være både mer økonomisk og bedre helsehjelp til flere, å satse på ambulante team fremfor å velge ut noen få barnevernsinstitusjoner som skal være for de ungdommene med behov for langvarig tjenester fra både barnevern og helse (ref. spesialiserte barnevernsinstitusjoner/fellesinstitusjoner).

4.9.4 Fordeler (utbytte) og utfordringer for personalet: PHBU/Barnevern

Personalet ved institusjonene bekrefter at de stor grad opplever stor støtte i arbeidet sitt når PHBU i større grad deler ansvaret for ungdommene. Det er en svært emosjonelt krevende jobb å være miljøterapeut ved en barnevernsinstitusjon og man har behov for konstruktive tilbakemeldinger, oppmuntring og trygghet for å tåle belastningen over tid. PHBU har fokus på forståelse av barnet i et psykisk helseperspektiv, noe som kan gi en litt annen forståelse av barnets atferd. Økt kompetanse gir trygghet til å bedre tåle emosjonelle påkjenninger.

For ansatte i PHBU vil man, tror vi, gjennom en ambulant tilnærming i større grad oppnå kontakt med ungdommene og få gjort den jobben vi er satt til. Dersom man alltid er to behandlere vil man kunne ivareta både sikkerhetsmessige hensyn og ha mulighet for å drøfte vanskelige problemstillinger i

utredning og behandlingsarbeidet. Det er helt klart en fordel å opparbeide seg kompetanse på dette feltet. Mange av problemstillingene, både hos og rundt ungdommen, er gjentakende. Økt kompetanse gir både økt helsehjelp for ungdommene og økt trygghet og mestring hos personalet.

Samarbeidet mellom PHBU og barnevern er etter vår erfaring i stor grad personavhengig. At to instanser med ulike tradisjoner og ulik diskurs skal samarbeide tett, vil utfordre de ansatte ved begge instanser. For å klare å etablere et godt samarbeid er vi derfor avhengig av at alle møter med åpenhet og respekt ovenfor hverandre. Dette kan være en utfordring fordi mange har dårlige erfaringer knyttet til den samarbeidende part.

4.9.5 Hva synes å være fordeler (utbytte) og utfordringer for barnevernsbarna?

Det er en fordel for ungdommene at systemene i større grad forsøker å tilpasse seg ungdommen fremfor å prøve å få ungdommen til å tilpasse seg oss. At de ulike systemene i større grad snakker med en felles stemme vil kunne gjøre verden mer forutsigbar og trygg for ungdommer som har levd i kaos hele livet. Prosjektgruppen tror at flere ungdommer vil klare å gjennomføre utredning og klare å ta i mot helsehjelp. Vi tror, og har erfart, at dette i neste omgang vil kunne gi ungdommene bedre livskvalitet og bedre fungering i hverdagen.

4.9.6 Vurdering av mulige gevinst på system og samfunnsnivå

En ambulant arbeidsform er mer kostbart enn et poliklinisk tilbud. Samtidig frigjøres det ressurser i poliklinikken som tidligere har blitt brukt på denne gruppen. Det bør også vurderes om en ambulant arbeidsform kan forebygge akuttinnleggelser på døgninstitusjon i PHBU. Dersom dette er tilfelle ville et ambulant barnevernsteam kunne være ressursbesparende for BUP/HABU- avdelingen, da vi vet at ungdom i barnevernsinstitusjoner har et høyt forbruk av akuttplasser i Østfold. Dette har vi imidlertid ikke undersøkt i prosjektperioden.

4.10 Hvordan planlegger helseforetaket å jobbe videre med temaet etter prosjektsslutt

Medlemmene i prosjektgruppen i Østfold har et sterkt ønske om å kunne fortsette og jobbe med barn som bor i barnevernsinstitusjoner. Vi har opparbeidet verdifull kompetanse og etablert kontakter og nettverk med ledelse og ansatte ved barnevernsinstitusjoner i hele fylket. Samtidig erfarer vi at dette er svært krevende og vanskelig arbeid, og det vil være en forutsetning at rammene for arbeidet sikres godt nok slik at vi er trygge på at arbeidet har den kvaliteten som ungdommene fortjener. Det vil ikke være hensiktsmessig å ha ansvar for denne spesielle gruppen i tillegg til å skulle jobbe med helt andre ungdommer og andre problemstillinger.

Sykehuset Østfold ønsker å ta sitt ansvar for å ivareta psykisk helse hos barn som bor i barnevernsinstitusjoner. Det er ønskelig at pilotprosjektene ved de ulike helseforetakene resulterer i en tydelig anbefaling som kan følges opp av helseforetakene i hele landet. Det er imidlertid viktig å påpeke at helsehjelp til denne sårbare gruppen er mer ressurskrevende på alle måter sammenlignet med et tradisjonelt poliklinisk tilbud. Det er viktig at helseforetakene ikke pålegges å omdisponere ressurser fra dagens polikliniske tilbud, men at det tilføres og øremerkes friske midler. Dette med bakgrunn i at det er viktig å kunne skape et kvalitetsmessig godt nok og forutsigbart nok tilbud til denne ungdomsgruppen og samtidig ikke svekke dagens polikliniske tilbud.

Under forutsetning av det blir tilført nye prosjektmidler eller mer varige ressurser ønsker sykehuset Østfold og følge opp de anbefalingene som kommer fra prosjektet. Vi antar at dette blant annet vil innebære barnevernsansvarlige i poliklinikker og eventuelt døgnposter/fylkesdekkende tilbud, samt et ambulerende tilbud.

Vedlegg

Forklaring til kartleggingsverktøy/utredningsverktøy/risikovurderinger som er benyttet i prosjektperioden.

Risikokartleggingsverktøy:

SAVRY: Structured Assessment of Violence Risk in Youth. SAVRY er et verktøy for å gjøre en strukturert vurdering av voldsrisiko hos ungdom i alderen 12 og 18 år. SAVRY baseres på en strukturert profesjonell vurdering av voldsrisiko. Den tar hensyn til vurdering av utviklingsfaktorer og vektlegger de dynamiske og ofte kontekstuelle karakteristika for risiko. Den norske versjonen er oversatt av NTNU/St. Olavs Hospital sammen med Brøset kompetansesenter (2011).

EARL: Early Assessment Risk List. Manualen fokuserer på prediksjon av framtidig antisosial atferd hos barn opp til 12-års alder. Den norske versjonen er oversatt av Atferdssenteret.

Erasor: Estimate of Risk og Adolescent Sexual Offense Recidivism, versjon 2.0. Erasor er en empirisk guidet fremgangsmåte for å estimere risikoen for nye seksuelle overgrep hos en ungdom som er i alderen 12-18 år og som tidligere har begått et seksuelt overgrep. Den norske versjonen er oversatt av V27, Betanien BUP i Bergen.

AIM-II: Er et tverrfaglig og tverrsektorielt vurderingsverktøy for felles forståelse, definisjoner og respons knyttet til barn og ungdom som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). Den norske versjonen er oversatt av V27, Betanien BUP, Bergen.

START-AV: Short Term Assessment of Risk and Treatability, Adolescent Version. START-AV er en risikovurdering av ungdom 12-18 år. Den er utarbeidet for å kartlegge risiko og behandlingsmuligheter, og er egnet for planlegging av tiltak. Den norske versjonen er oversatt av St. Olavs Hospital/Brøset kompetansesenter.

Kartlegging/utredning av psykisk helse:

BYI-II: Beck Youth Inventories, second edition, barn og ungdom. BYI er et selvrapporteringsverktøy for barn mellom 7 og 18 år. Den består av fem ulike delskalaer for vurdering av selvbilde, angst, depresjon, sinne og normbrytende atferd. Skalaen administreres som et spørreskjema, som inneholder en rekke utsagn som barnet eller ungdommen skal ta stilling til. Disse utsagnene beskriver tanker, følelser og atferd som er forbundet med ulike psykiske tilstander. Pearson

BDI-2: Beck depression inventory. Selvvurdering av depresjonssymptomer. Utgiver Assessio Norge

MASC-C: Multidimensional Anxiety Scale for Children. Spørreskjema som kartlegger bredt for symptomer på angst. Utgitt av MHS.

KATE B: Kartlegging av traumeerfaringer, for barn. NKVTS 2015.

SCID-II: Strukturert klinisk intervju for Personlighetsforstyrrelser. Norsk oversettelse (mai 1995): Svein Friis, Odd E Havik, Jon Monsen, Sverre Torgersen. Revidert og forkortet utgave for DagavdelingsNettverk (Januar 2004): Geir Pedersen, Sigmund Karterud.

WISC-IV/WAIS-IV: Wechslers intelligence scale (barn og voksne). Pearson/Psychorp

Leiter 3: Leiter international performance scale. Evnetest som måler kognitive evner, men som ikke er språkavhengig. Stoelting.

Vineland: Kartlegger adaptive ferdigheter. Kartlegger forståelse og ferdigheter som ungdommen har integrert for en rekke hverdagslige ferdigheter.

Kasusformulering: Biopsykososial forståelsesmodell hvor biologiske, psykologisk og sosiale vansker kategoriseres innenfor områdene predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. I tillegg beskrives ungdommens ressurser.

Kunnskapsbasert Familiesamarbeid v/ TIPS Sør-Øst, universitetssykehuset i Oslo: Målsettingen med det psykoedukative familietilbudet er å bedre pasientens prognose og livskvalitet, redusere familiens stress og opplevde belastninger. Et psykoedukativt familietilbud er en kunnskapsbasert og anbefalt metode for å samarbeide med familier eller andre viktige omsorgspersoner til personer med en alvorlig psykisk lidelse

