

Rapport

Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner

Forfattere

Jannike Kaasbøll

Anne Karen Aanonli



Rapport

Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner

EMNEORD:
Barnevernsinstitusjon,
Psykisk helse,
Helsetjenester,
Fastlegeordning,
Psykisk helsevern,
Tverrfaglig spesialisert
rusbehandling, Innsikt,
Intervju, Workshop

VERSJON

1.0

FORFATTER(E)Jannike Kaasbøll
Anne Karen Aanonli**OPPDRAAGSGIVER(E)**Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og
Barnevern (RKBU)/NTNU**PROSJEKTNR**

102011465

DATO

2016-01-04

OPPDRAAGSGIVERS REF.

Odd Sverre Westbye

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

27+ 9 vedlegg

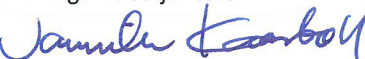
SAMMENDRAG

Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner

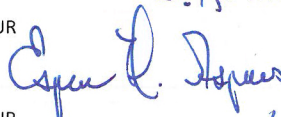
Målet med prosjektet var å hente erfaringer fra barn og unge på barnevernsinstitusjoner og aktører knyttet til fastlegeordningen, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), for å komme med forslag som kan bidra til å sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene. Elleve ungdommer fra tre barnevernsinstitusjoner ble intervjuet, og det ble arrangert en workshop med ulike aktører fra helsetjenestene. Resultatene indikerte at de fleste ungdommene var fornøyde med fastlegeordningen, men de snakket ikke med fastlegen om psykisk helse. For psykisk helsevern, var noen utfordringer knyttet til opplevelse av lang ventetid og at kun alvorlig syke har rett til hjelp. Ingen av ungdommene hadde hatt kontakt med TSB. Generelt, så uttrykte ungdommene at de opplevde vanskeligheter med å gjøre seg forstått og bli tatt alvorlig i møte med behandlere, og at taushetsplikt og ærlighet var viktig for at de opplevde behandlingen som god. Jenter virket å ha større grad av hjelpesøkende atferd sammenlignet med gutter. Workshop-deltagerne vektla motivasjon, kontinuitet, kompetanse og samhandling, både som barrierer og muligheter for god helsehjelp. Konkrete tiltak som ble foreslått var blant annet del-finansiering av psykologstillinger i barnevernet, videreutdanning, e-terapi og prosjektmidler for å opprette team etter Assertive Community Treatment-modellen. Totalt sett, så indikerer de innsamlede innsiktene at det er viktig å se helhetlig på hvilke tiltak som kan sikre barn og unge i barnevernsinstitusjoner forsvarlige og nødvendige helsetjenester.

UTARBEIDET AV

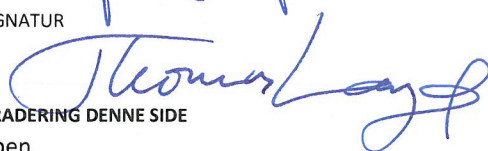
Jannike Kaasbøll og Anne Karen Aanonli

SIGNATUR
**KONTROLLERT AV**

Espen Helge Aspnes

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Thomas Langø

SIGNATUR**RAPPORTNR**
SINTEF A27429**ISBN**
978-82-14-05997-7**GRADERING**
Åpen**GRADERING DENNE SIDE**
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.0	2015-08-18	[Tekst]

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn.....	5
1.1	Målsetting	5
1.2	Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner.....	5
1.2.1	Fastlegeordningen	6
1.2.2	Psykisk helsevern	6
1.2.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	6
2	Metode	7
2.1	Prosedyre og utvalg	7
2.1.1	Ungdommer på barnevernsinstitusjon.....	7
2.1.2	Workshop-deltagere	8
2.2	Datainnsamling og analyse	8
2.2.1	Semi-strukturerte intervju	8
2.2.2	Workshop	9
2.2.3	Del 1: Barrierer og muligheter	9
2.2.4	Del 2: Idéer til tiltak	9
2.3	Etikk.....	9
3	Resultater - innsikter	10
3.1	Innsikter fra intervju med ungdom på barnevernsinstitusjoner	10
3.1.1	Generelt	10
3.1.2	Erfaringer med fastlegeordningen.....	10
3.1.3	Erfaringer med psykisk helsevern.....	11
3.1.4	Erfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
3.1.5	Inntrykk av samarbeid mellom ulike instanser.....	15
3.1.6	Relaterte tema.....	15
3.1.6.1	Vanskeligheter med å uttrykke seg – gjøre seg forstått.....	15
3.1.6.2	Forskjell på å snakke om vanskelige ting med venner og personale versus profesjonell hjelp	16
3.1.6.3	Kjønnforskjeller?	16
3.1.6.4	Det varierer hvor flinke personalet er til å fange opp psykiske problemer.....	16
3.1.6.5	Informasjonsflyt på institusjonen	17
3.1.7	Forslag til fremtidige løsninger – hva kan hjelpe når man har det vanskelig?	17
3.2	Innsikter fra workshop	18
3.3	Del 1: Muligheter og barrierer	18
3.3.1	Muligheter	19

3.3.2	Barrierer.....	20
3.4	Del 2: Idéer til tiltak.....	21
4	Diskusjon	22
4.1	Hovedinnsikter	22
4.2	Metodiske betraktninger	22
4.3	Barrierer, muligheter og forslag til tiltak	23
5	Konklusjon	25
6	Referanser.....	27

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1: Interessentkart	
Vedlegg 2: Samtykkeskjema, ungdommer under 16 år	
Vedlegg 3: Samtykkeskjema, ungdommer over 16 år	
Vedlegg 4: Samtykkeskjema, personell	
Vedlegg 5: Intervju-guide, ungdommer, individuelle intervju	
Vedlegg 6: Intervju-guide, ungdommer, gruppe-intervju	
Vedlegg 7: Intervju-guide, personell, gruppe intervju	
Vedlegg 8: Samtykkeskjema, workshop	
Vedlegg 9: Liste over barrierer og muligheter, workshop	

1 Bakgrunn

I en omfattende studie utført av NTNU [1] kommer det frem at det er høy forekomst av psykiske lidelser blant ungdom i barnevernsinstitusjoner (76 %). Kun 38 % av disse ungdommene hadde mottatt hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Resultatene var basert på en periode; de siste tre månedene – fra undersøkelsestidspunkt, og 90 % av ungdommene oppga å ha bodd i barnevernsinstitusjon innenfor samme tidsrom. Dette indikerer at det finnes mange ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner som har store og komplekse utfordringer. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer har behov for langvarige og samordnede tjenester. Behovet for å samarbeide er innlysende, men kan være krevende å få til i praksis, blant annet på grunn av manglende kunnskap om og innsikt i andre aktørers tjenester [2, 3]. Utfordringene relateres også til samtidig å skulle ivareta brukerperspektivet og at det er behov for mer forskning og innovasjon på disse områdene [3].

På bakgrunn av dette og andre studier utført vedrørende det Norske Barnevernet er det, på oppdrag fra nasjonale myndigheter; Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, satt sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe – barnevern og helse, som skal utarbeide et kunnskapsgrunnlag og foreløpige råd og anbefalinger, med mål om å sikre at barn på barnevernsinstitusjoner får nødvendige og forsvarlige helsetjenester. Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom – Psykisk helse og barnevern (RKBU) har engasjert SINTEF i utførelsen av en kvalitativ studie av ungdom og personell i barnevernsinstitusjoner og andre interessenters oppfattelse av hvorfor så få får hjelp og hvordan en ideell helsetjeneste ville sett ut.

1.1 Målsetting

Det overordnede målet med dette prosjektet er å bidra til økt kunnskap om omfanget av og kvaliteten på helsetjenester til barn i barnevernstjenester, gjennom å kartlegge erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Det skal utredes hvordan barna skal sikres nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene.

SINTEF skal bidra til dette ved å utarbeide et innsiktsdokument:

- 1) Knyttet til erfaringer barn og unge på barnevernsinstitusjoner har med:
 - Fastlegeordningen
 - Psykisk helsevern for barn og unge og
 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 2) Knyttet til idéer og tidlige konseptskisser for løsninger som kan bidra til i større grad å sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene.

1.2 Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner

Fastlegeordningen, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil bli kort beskrevet i de etterfølgende avsnittene.

1.2.1 Fastlegeordningen



Fastlegeordningen er en ordning som gir personer som har folkeregistret adresse i Norge, asylsøkere med D-nummer og NATO-personell med D-nummer, rett til en fast lege å forholde seg til. Barn under 16 år har rett til å stå på samme fastlegeliste som sine foreldre. Hensikten med fastlegeordningen, da den ble innført i 2001, var å gi bedre kvalitet på allmennlegetjenesten. Sammen med retten til fastlege, så har man også rett til å velge hvem man skal ha som fastlege, men antall bytter av fastlege begrenser seg til to per kalenderår [4].

1.2.2 Psykisk helsevern



Psykisk helsevern er undersøkelser og behandling av mennesker med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern skjer hovedsakelig frivillig, som vil si at en pasient ikke kan behandles eller medisineres uten eget samtykke, med unntak av korttidsvirkende medikamenter i særlige tilfeller.

Etablering av tvunget psykisk helsevern forutsetter at en rekke vilkår er oppfylt [5], som blant annet innebærer at frivillig helsevern er forsøkt, pasienten er undersøkt av to uavhengige leger, pasienten er alvorlig sinnslidende og å ikke gjennomføre behandling vil forverre utsiktene for helbredelse eller bedring, eller at sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse [6].

Psykisk helsevern for barn og unge

For barn og unge under 16 år må man ha samtykke fra foreldre eller de som har foreldreansvar, for å få behandling i psykisk helsevern. I enkelte tilfeller der foreldrene ikke kan samtykke, har barnevernet denne retten. Det er ikke nok at man får samtykke fra barnet selv.

Man kan ikke tvangsinnlegge pasienter under 16 år på psykiatrisk sykehus, da det er foreldre eller personer med foreldreansvaret som må samtykke til frivillig behandling. Denne typen behandling kan nok ofte oppleves som tvang fra barnets side [7].

1.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, om behandling av personer med rusproblemer. Det ble opprettet som et eget område i spesialisthelsetjenesten 1. januar 2004, men den kommunale helse- og omsorgstjenesten utgjør fortsatt en viktig basis i behandlingen og er avgjørende for å få til et helhetlig pasientforløp [8].

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en biopsykososial tverrfaglig tilnærming, og har derfor fått forkortelsen TSB. Man starter med pasientens rusproblemer sett i sammenheng med andre helseproblemer (psykisk og somatisk) og pasientens sosiale situasjon. Leger, psykologer og helse- og sosialfaglige behandlere med høyskolebakgrunn (sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, barneverns-pedagoger med flere) jobber sammen i en teambasert tilnærming [8].

Rus og psykisk lidelse

Ofte har pasienter med rusproblemer også psykiske problem eller lidelser, og mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser har problem med rusmiddelbruk.

Helseforetakene er pålagt å sørge for at pasienter med "samtidige ruslidelser og psykiske problemer eller lidelser (ROP-lidelser) får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten". Enkelte pasienter vil kunne havne mellom de ulike ansvarsområdene for TSB og Psykisk helsevern. I Prioriteringsveileder TSB [8] står det blant annet at uenighet om ansvar for disse pasientene, ikke må føre til et dårligere tilbud for pasienten. For at ROP-pasienter skal få det tilbudet de har behov for, må det derfor være en koordinering av vurderinger og inntak mellom psykisk helsevern og TSB. De regionale helseforetakene har ansvar for organisering av dette.

2 Metode

Tjenestedesign er en tilnærming til tjenesteutvikling som tar særlig vare på menneskenes perspektiv i en tjeneste [9, 10]. I dette tilfellet betyr det barn og unge på barnevernsinstitusjon, fastleger, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og mennesker som arbeider på barnevernsinstitusjoner. Fokus på å forstå hva menneskene i systemet har behov for, og metoder og verktøy for å skape nye løsninger i samarbeid med disse, gir ofte mer helhetlige tjenester for tjenestemottakerne [11]. Dette kan være spesielt nyttig der det samlede tjenestetilbudet ytes av flere ulike aktører, som i dette tilfellet. På bakgrunn av dette er elementer fra tjenestedesign benyttet som overordnet metodisk tilnærming i dette prosjektet.

2.1 Prosedyre og utvalg

For å kartlegge ulike interessenter og deres interesseområder relatert til tjenesten (fastlegeordningen, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling – for barn og unge i barnevernsinstitusjoner) ble det utarbeidet et *interessentkart* ved oppstarten av prosjektet (vedlegg 1). Interessentkartet ble benyttet for å identifisere hvilke aktører som kan ha relevant informasjon og være mulige workshop-deltagere.

2.1.1 Ungdommer på barnevernsinstitusjon

Inklusjonskriteriene var basert på RKBUs sin forskningsstudie; ungdom mellom 12-20 år som bor i barnevernsinstitusjon. Akutt plasserte ungdommer var ikke inkludert, og det var heller ikke enslig mindreårige asylsøkere uten opphold i Norge. Enslige mindreårige som hadde fått innvilget opphold i Norge kunne delta dersom de snakket godt nok norsk til å kunne gjennomføre intervjuet [1].

Barnevernsinstitusjonene som ble kontaktet i forbindelse med dette prosjektet, var institusjoner i Trøndelagsregionen som tidligere hadde deltatt i RKBUs studie. Vi valgte tilfeldig ut fem institusjoner. Av disse, var det to av institusjonene som hadde ungdommer som var interesserte i å delta; fra den ene institusjonen var det en (av totalt fire mulige) ungdom som deltok, og fra den andre institusjonen var det ni ungdommer (av totalt ti mulige) som deltok. Tre institusjoner avslo deltagelse på grunn av at de hadde for mange prosjekter på gang. I tillegg ble det også rettet en forespørsel til en institusjon som ikke hadde vært med i RKBUs sitt utvalg, men som passet inklusjonskriteriene. En ungdom fra denne institusjonen ble med på prosjektet. Ledere for barnevernsinstitusjoner ble kontaktet på telefon. Dersom det var interesse for å bli med på prosjektet, så ble prosjektbeskrivelse, intervju-guider og samtykkeskjema sendt på epost umiddelbart etter telefonsamtale. Ledere eller ansatte på de aktuelle institusjonene tok kontakt med oss og det ble avtalt tidspunkt for intervju. Alle intervjuene ble gjennomført på barnevernsinstitusjonene, med ansatte i umiddelbar nærhet.

Totalt 11 ungdommer i alderen 14 til 17,5 år ble intervjuet, hvorav seks gutter og fem jenter. Ungdommene hadde i gjennomsnitt bodd på barnevernsinstitusjonen i 10 måneder. I tillegg ble to *ansatte* (miljøterapeuter) på en barnevernsinstitusjon intervjuet. Intervju og samtaler med ansatte (ledelse, miljøterapeuter og

barnevernspedagoger) på de aktuelle institusjonene, ble brukt som et supplement til forståelsen av ungdommers bruk av og erfaringer med helsetjenestene. Dette er imidlertid ikke presentert i resultatdelen, med ett unntak, da det var ungdommenes erfaringer som var hovedfokus for intervjuene på barnevernsinstitusjon. Innsiktene fra intervju og samtaler med personell blir benyttet som innspill i løpet av diskusjonsdelen.

2.1.2 Workshop-deltagere

Aktører knyttet til fastlegeordningen, psykisk helsevern, TSB, barnevernsinstitusjoner, Bufetat og kommunal psykiske helsetjeneste ble kontaktet via telefon, med påfølgende skriftlig informasjon om prosjektet (prosjektbeskrivelse og agenda for workshop) ettersendt på epost. Ledelsen for de ulike instansene ble kontaktet, og de avgjorde om de ville delta selv, kom med anbefalinger, eller videreformidlet kontakt med aktuelle representanter.

Deltagere inkluderte¹:

- Kommuneoverlege, (MPH, dr.med., spesialist i samfunnsmedisin)
- Representant for St. Olavs Hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin
- Kommunepsykolog, Trondheim kommune
- Miljøterapeut i barnevernsinstitusjon
- Barneansvarlig, Enhet for psykisk helse og rus
- Helseansvarlig ved barnevernsinstitusjon
- Overlege, Psykiatrisk ungdomsteam, St. Olavs Hospital
- Leder i barnevernet, ideell organisasjon
- Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs Hospital, v/ to fagrådgivere adm.

Fra SINTEF:

- Jannike Kaasbøll, PhD
- Anne Karen Aanonli, MSc
- Ann Kristin Forshaug, MSc

To deltagere meldte frafall (TSB og Bufetat).

2.2 Datainnsamling og analyse

2.2.1 Semi-strukturerte intervju

Før intervjuene ble intervjuobjektene muntlig og skriftlig informert om sine rettigheter, og signerte samtykkeskjema ble samlet inn (vedlegg 2 til 4). Alle intervjuene ble tatt opp på lydspiller. Det ble gjennomført fem individuelle intervju (3 jenter og 2 gutter) og tre gruppeintervju med to ungdommer av samme kjønn og samme alder (± 1 år) i hver gruppe (4 gutter og 2 jenter). Varigheten av intervjuene var mellom 20 og 70 minutter, med et gjennomsnitt på 45 minutter. Intervju-guider er presentert i vedlegg 5, 6 og 7.

Etter hvert intervju ble det raskt foretatt en skriftlig oppsummering av de viktigste innsiktene. Intervjuene ble transkribert og tematisk analysert [12]. En iterativ prosess av datainnsamling og analyse, inspirert av Charmaz [13] sine "flexible guidelines", ble benyttet for å utforske kompleksiteten av individuelle persepsjoner og opplevelser.

¹ Ønsket tittel/benevnelse er oppgitt av workshopdeltagerne

2.2.2 Workshop

Totalt var det satt av tre timer til arbeidsmøte/workshop. Innledningsvis ble deltagerne skriftlig informert om sine rettigheter i form av en samtykkeerklæring (vedlegg 8), som ble signert og levert inn. Deretter ble det foretatt en presentasjonsrunde av alle deltagerne, yrkestittel og arbeidssted. Videre ble det foretatt en "runde rundt bordet" om deltagerne var involvert eller hadde kjennskap til prosjekter etc. relatert til temaet.

Workshopen ble delt inn i to deler, og innsiktene fra intervjuene med ungdommene på barnevernsinstitusjonene ble presentert i forkant av workshop del 2. Innholdet og designet for workshopens elementer var inspirert av Stickdorn, Schneider, Stickdorn, Bisset, Andrews, & Lawrence [9]. Det var tre medarbeidere fra SINTEF som noterte hva som ble sagt under hele møtet, i tillegg til deltageres egne skriftlige bidrag. Ved inndeling i grupper var det minst en medarbeider fra SINTEF på hver av gruppene til enhver tid.

2.2.3 Del 1: Barrierer og muligheter

Deltagerne ble delt opp i to grupper og plassert et godt stykke fra hverandre. Alle fikk en Post-it blokk hver og de fikk i oppgave å individuelt skrive ned minst 3 barrierer og tre muligheter relatert til å sikre barn på barnevernsinstitusjon nødvendige og forsvarlige helsetjenester (6 minutter). Eksempel på barriere som ble oppgitt var: Barn/ungdom som nekter å ta i mot den hjelpen de blir tilbudt. Eksempel på mulighet: Det kommer flere og flere digitale løsninger som er rettet mot psykisk helse hos barn og unge. Neste steg var at alle skulle presentere barrierer og muligheter til de andre i sin gruppe. Deretter skulle gruppen identifisere overordnede tema. Eventuelle tema ble skrevet på gråpapir og Post-it lappene som var relatert til de ulike temaene ble klistret på de tilhørende temaene (10 minutter).

2.2.4 Del 2: Idéer til tiltak

Workshop del 2 fortsatte med inndeling i de samme gruppene. Det ble tatt utgangspunkt i de temaene som deltagerne selv hadde kommet frem til etter at de hadde fått en presentasjon av innsiktene/resultatene fra de semi-strukturerte intervjuene med barn og unge på barnevernsinstitusjoner. Målet var å komme opp med tre idéer til tiltak som kan sikre at barn og unge på barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de trenger (ca. 45 minutter). Avslutningsvis skulle begge gruppene presentere sine idéer for hverandre.

Debriefing og oppsummering av innsikter ble gjennomført umiddelbart i etterkant av workshopen av SINTEF sine medarbeidere, med fokus på temaene barrierer og muligheter, og forslag på ulike tiltak som hadde blitt nevnt. Dette ble også sammenlignet med innsikter fra intervju med ungdom på barnevernsinstitusjoner. Alt skriftlig materiale, både fra medarbeidere og deltagere, ble samlet inn etter workshopen. Materialet ble etter fotografering, digitalisert, sammenfattet, restrukturert og tematisk analysert [9].

2.3 Etikk

Prosjektet er vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Midt-Norge som ikke fremleggingspliktig på grunn av at "prosjektet fremstår som en undersøkelse som ikke bærer preg av å være medisinsk og helsefaglig forskning, men som en evaluering/kartlegging av dagens helsetjenestetilbud til denne målgruppen. Prosjektet er i henhold til helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke fremleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK (ref.: 2015/1672/REK midt).

Det ble utformet en beredskapsplan i prosjektet i samarbeid med barnevernsinstitusjonene slik at deltagerne i målgruppen, som kan oppfattes som en sårbar gruppe, ved behov kunne få oppfølging i forbindelse med intervju. Det ble imidlertid ikke behov for å ta i bruk beredskapsplanen. Personvernombudet har også vurdert prosjektet, og finner at "behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften". Personvernombudet tilrådte at prosjektet ble gjennomført (ref: 45395/3/MHM). Det ble tatt høyde for at sensitive personopplysninger kunne inntreffe.

Samtykkeskjema ble sendt til barnevernsinstitusjonene i forkant av intervjuene. Etter en muntlig gjennomgang av hensikten med intervjuet og intervjuobjektens rettigheter, ble signerte samtykkeskjema samlet inn, før intervjuene startet (vedlegg 5-7).

3 Resultater - innsikter

3.1 Innsikter fra intervju med ungdom på barnevernsinstitusjoner

3.1.1 Generelt

På innledende spørsmål om hvem ungdommene ville snakke med om ting de syntes var vanskelige, så var det mange som nevnte venner. Det var også en del som nevnte psykolog eller hovedkontakten sin på barnevernsinstitusjonen. Det varierte i hvor stor grad ungdommene opplevde at de visste nok om hvordan de skulle få psykisk eller fysisk helsehjelp. De fleste nevnte at personalet på barnevernsinstitusjonen har ordnet helsehjelp til dem, eller at foreldre eller fosterforeldre har ordnet. De fleste syntes at dette var en grei ordning. En av ungdommene fortalte imidlertid at hun på eget initiativ hadde ringt et nødnummer. Dette hadde hun sett "reklame for" på et legekantor.

3.1.2 Erfaringer med fastlegeordningen



Alle ungdommene sa at de hadde en fastlege, og de aller fleste visste hvem deres nåværende fastlege var. De få som ikke visste det, hadde en klar oppfatning av at personalet visste dette. Det hadde vært relativt få bytter av fastlege. Det som var mest vanlig blant dem vi intervjuet, var at de hadde hatt en til to fastleger tidligere og at de enten fikk beholde sin tidligere fastlege eller tildelt ny fastlege ved flytting til institusjon. Det var ingen av ungdommene som fortalte at de selv eller andre hadde sørget for at det ble bytte av fastlege. Den vanligste årsaken som ble oppgitt i forbindelse med bytte var i hovedsak flytting, eller at fastlegen skulle i permisjon.

Ungdommene kontaktet som regel fastlegen sin via personalet, og de ordnet timebestilling til ungdommene ved behov. Dette synes de fleste av ungdommene var en bra løsning. Det varierte i hvor stor grad ungdommene benyttet seg av fastlegen. Noen var veldig sjelden til fastlege, mens andre var der hyppigere. Miljøterapeutene ansatt ved en av barnevernsinstitusjonene påpekte imidlertid at de ganske ofte måtte jobbe med å overtale ungdom til og ikke gå til legen så ofte. Dette på grunn av at de opplevde at enkelte ungdommer, spesielt jenter, "misbrukte" fastlegeordningen på grunn av et sterkt behov for å få anerkjent smerte/sykdom og bli sett.

De fleste ungdommene som ble intervjuet var fornøyd med fastlegen sin, og de svarte bekreftende på spørsmål om de følte at de ble tatt på alvor, sett og hørt av fastlegen. Følgende er eksempler på positive utsagn om fastlegen.

Jeg synes det stort sett har vært greit...det har ikke vært noen ukomfortable situasjoner (gutt, 16 år).

De virker sikre på det de snakker om...du tror på det de sier...hvis de snakker om bivirkninger eller noe sånt på medisinen (gutt, 17 år).

De ungdommene som ikke var fornøyd hadde i enkelte tilfeller opplevd brudd på taushetsplikt. Dermed ble det vanskelig å stole på fastlegen. Andre opplevde at de ikke ble hørt eller tatt på alvor.

De [fastlegene] har tatt konklusjoner for fort på en måte, de har tenkt ut noe og så har de bare gjort noe med det... men det... de liksom ikke snakket noe mye med meg om temaet (gutt, 16 år).

Fastlegens rolle er ganske klar for de fleste av ungdommene, nemlig å undersøke kroppen, sjekke helsen og slike ting. Det var kun noen få ungdommer som snakket om at fastlegen hadde henvist til videre behandling, til BUP. Det opplevdes som et riktig tiltak hos noen, mens en jente var litt mer negativ:

Hun [fastlegen] har tatt feil flere ganger, med både min situasjon og familien sin situasjon...så... det har vært mye turer til sykehuset for ingenting (jente, 14 år).

Det var to ungdommer (jenter) som hadde hatt en langvarig relasjon til sin fastlege, med regelmessige avtaler, og i ett av disse tilfellene var fastlegen også psykolog (psykiater). De fleste ungdommene hadde imidlertid en oppfatning av at det ikke var vanlig eller naturlig å snakke med fastlegen sin om psykiske vansker.

Hvis man trenger å snakke med folk som har sånn ekstra peiling så kan man snakke med personalet og så ringer de, f. eks. BUP og sånn (gutt, 17 år).

3.1.3 Erfaringer med psykisk helsevern



De fleste ungdommene vi intervjuet hadde vært i kontakt med psykisk helsevern (9 av 11) i løpet av livet. Av de som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, var det tre (kun jenter) som hadde jevnlig kontakt (faste avtaler) med psykisk helsevern (psykolog) per dato, og det var en jente som hadde faste avtaler med sin fastlege/psykiater (som nevnt tidligere). Det var også to ungdommer (jente og gutt) som fortalte at de hadde hatt noen få akutte innleggelser (BUP), via legevakt eller barnevernsinstitusjonen

Vedrørende temaet "Hvor fornøyd er ungdommene med tilbudet de eventuelt har mottatt av psykisk helsevern?" synes det naturlig å skille mellom de ungdommene som har heletjenester fra psykisk helsevern i forbindelse med opphold på institusjon (kun jenter), og de som har tidligere erfaring, men som ikke har hatt tilbud mens de har vært på institusjonen (både jenter og gutter).

Av **jentene** vi snakket med, så virket de som var i behandling hos BUP per dato, ganske fornøyd med å gå til psykolog:



Jeg føler at vi [jenta og psykologen] holder på å bygge opp en ganske god kontakt med hverandre. (Jente, 14 år)

Jeg går til psykolog nå... Men, jeg har aldri hatt forslaget fra barnevernet sin side. Det var fostermoren som faktisk tvang meg til å gå til psykolog. Både fordi hun tenkte at det var godt for meg og jeg hadde egentlig piggene ute, jeg hadde ikke lyst, fordi jeg følte meg som psykopat eller noe sånt. Men, etter hvert så har jeg oppdaget at det er utrolig hjelpsomt. Det er veldig lærerikt og jeg har lært mye av ham. Jeg er strålende fornøyd for at jeg går til ham. Men det var ingenting barnevernet viste initiativ for å... vise meg da (jente, 17 år).

Det har vært helt jævlig frem til i år egentlig. Så, jeg har gått igjennom alle...veldig mange i alle fall på BUP [nevner ulike avdelinger]...så jeg har ikke likt psykologen eller trivdes på BUP før nå (jente, 17 år).

Det var også en jente som *ikke* hadde vært i kontakt med BUP i forbindelse med oppholdet på barnevernsinstitusjonen, men som tidligere hadde hatt kontakt med BUP. Hun hadde dårligere erfaringer:

Det likte jeg ikke i det hele tatt. Jeg følte at dem tok liksom partiet til mamma siden jeg var ung, så trodde ikke folk på meg, eller hørte ikke på meg da (jente, 16 år).

En annen jente brukte sin fastlege/psykiater (som nevnt tidligere) for å snakke om sine psykiske problemer. Hun foretrakk det, fordi hun hadde dårlige erfaringer med BUP:

Jeg syntes ikke de visste hva de snakket om, og det var slitsomt at de skulle begynne å spørre meg ut om ting de ikke hadde peiling på, for eksempel at når du forteller noe så sitter de bare der og sier at de skjønner [...]. Jeg har fått inntrykk av at BUP er teit, at det var dårlig. Jeg kjenner ikke så veldig mange som er fornøyde, for å si det sann. [...]. Da jeg ble innlagt på BUP, var det ikke frivillig...og jeg ble egentlig bare verre av å være der (jente 15 år).

Ingen av **guttene** vi snakket med, hadde hatt tilbud fra, eller kontakt med psykisk helsevern mens de hadde vært på barnevernsinstitusjonen, med unntak av en gutt som hadde hatt akuttinnleggelse på BUP. På spørsmål om hvilke erfaringer de hadde med psykisk helsevern fra før, så varierte det hvor fornøyde de var:



Jeg syntes det var helt greit, verken bra eller dårlig (gutt, 15 år)

Hva er dine erfaringer med BUP? *Det gikk bra, jeg hadde ikke noe problem med det... men det hjalp egentlig ikke...[...]. De var ganske ordentlige...*

Den samme gutten uttrykker også: *Jeg liker ikke å snakke med psykologer, jeg tar det heller med mora mi...mye styr...kjøre... og må sitte ned å snakke og sånn (gutt, 17 år).*

Noen ganger føler man at de [psykologer på BUP] bryr seg liksom, mens andre bare gjør jobben. Det var noen som ikke brydde seg i det hele tatt, ga faen i hva jeg sa og mente og sånn jeg følte det i alle fall sånn.... Så jeg har ikke noen bra minner... (gutt, 17,5 år).

Jeg kom en gang og ikke fikk komme tilbake igjen (gutt, 16 år).

På spørsmål om de tenkte at de *burde* eller ønsket å ha kontakt med psykisk helsevern, så svarte de fleste av guttene at de ikke hadde psykiske problemer og at de heller ikke visste om mange andre (på institusjonen, eller andre venner) som hadde psykiske problemer. Av guttene vi intervjuet, hadde imidlertid fire av seks hatt kontakt med BUP, enten akutt, for ADHD, eller fordi de var feildiagnostisert (egne utsagn). En av

guttene snakket om at det kan være stigmatiserende å gå til BUP, samtidig som at det er mange han kjenner som sliter psykisk:

Hvis noen får vite da, at jeg hadde vært med på det, så tror jeg de tenker litt negativt om det...om at jeg har problem og sånn. Jeg vet om at det er veldig mange som er der nå, av de jeg kjenner (gutt, 17 år).

Dette antydes også av en annen ungdom (fra et sitat presentert tidligere):

Jeg hadde ikke lyst, fordi jeg følte meg som psykopat eller noe sånt (jente, 17 år).

Sammenhengen mellom alvorlighetsgraden av psykiske problemer og tilbudt helsehjelp var de flere av ungdommene (både de som fikk hjelp og ikke) som nevnte. De uttrykte at det var vanskelig å få psykisk helsehjelp fordi det er veldig lange ventelister og noen mente at de ikke hadde fått hjelp fordi deres problem ikke var "alvorlig nok". Følgende sitater er eksempler på utsagn som kan tyde på en oppfatning om at man må være veldig alvorlig psykisk syk for å få hjelp:

Psykolog er ikke noe du får tilbud om, fordi det er så mange som trenger det... så jeg tror du må gjennom en ganske sånn lang fase der det er sånn... du må ha en del problemer for å komme igjennom med det da. [...]. Det er veldig mange som driver på med selvskading og sånn, så de trenger det jo, muligens mer enn andre... Det er jo ganske skadelig så det prioriteres jo (jente, 16 år).

Jeg har vært mye på BUP og sånn der, på grunn av at foreldrene mine har vært veldig opptatt av det. Men, hvis jeg tenker på sånn innleggelse og sånn på psykiatri, det får man ikke i det hele tatt med mindre man truer med å drepe seg selv. Du må bokstavelig talt true med å ta livet ditt, hvis du vil bli tatt på alvor. Jeg synes egentlig norsk psykisk helsevern er helt jævlig da, hvis jeg får si det sånn. Fordi, jeg har blitt innlagt veldig mange ganger og jeg har ikke blitt tatt på alvor med mindre jeg har truet med å ta livet mitt, i det hele tatt, ja.

Hvorfor tror du at det er sånn? De har ikke plass, sier dem alltid. De har ikke plass, de har ikke tid i kalenderen (jente, 17 år).

Jeg begynte i BUP i år. Men, vi [jente 14 år og hennes søsken] har sendt inn henvisning [gjennom fastlegen] tidligere...for to år siden tror jeg. Hvorfor fikk dere ikke hjelp da? Jeg hadde ikke grunnlag nok. Ikke syk nok? Ja. Hvordan opplevdes det? Jeg synes det var veldig vanskelig fordi jeg syntes jeg hadde mange grunner for å dra til BUP. Fikk du annen hjelp? Nei, ingenting egentlig (jente, 14 år).

3.1.4 Erfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Ingen av ungdommene hadde kjennskap til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). De fleste ungdommene sa at de ikke hadde rusproblemer. De kjente heller ikke til at andre ungdommer, verken på institusjonen, eller andre venner hadde rusproblemer. Dermed mente de at det var få av deres kjente som hadde behov for rusbehandling. En av ungdommene (gutt, 16 år) påpekte imidlertid at det fantes "versting"-institusjoner, hvor det nok var mere rusproblemer. En annen ungdom (gutt, 17 år) snakket også om at han trodde rusbehandling fungerte dårlig – i alle fall i de tilfellene han visste om.

3.1.5 Inntrykk av samarbeid mellom ulike instanser

Når det gjelder samarbeid mellom for eksempel fastlegen og BUP, så var det noen ungdommer som sa at de ikke visste noe om dette. Ellers virket som at de fleste av ungdommene hadde generell oppfatning av at det ikke er så mye samarbeid, bortsett fra når det er snakk om medisinerings av psykiske lidelser. En jente fortalte om lang ventetid:

Har du inntrykk av at fagpersoner eller behandlere samarbeider? Ja, jeg regner med at de har litt kontakt. Det var snakk om det for ikke så lenge siden, men og da...det gikk ganske treigt. Da var det snakk om at jeg skulle begynne å gå til psykolog, og da gikk det ganske treigt før de kom i gang og prate sammen.[...] Det tok såpass lang tid at når det kom til at jeg fikk lov til å prate med hun som skulle avgjøre det, så hadde jeg ikke behov for det lengre (jente, 15 år).

Når vi snakket om samarbeid mellom helsetjenestene, var det også noen ungdommer fortalte at de måtte gjenta mye av det samme for mange voksne, eksemplifisert ved følgende sitat:

Jeg føler at jeg sier det samme minst fem ganger til alle sammen rundt meg, til voksenpersoner. De som jobber her, og fastlegen min og.... alle dem. (Jente, 16 år).

3.1.6 Relaterte tema

I intervjuene med ungdommene kom det også frem andre temaer som var relatert til erfaringene de hadde med helsetjenestene og sitt opphold på barnevernsinstitusjonen.

3.1.6.1 Vanskeligheter med å uttrykke seg – gjøre seg forstått

Flere av ungdommene nevnte i løpet av intervjuene at de opplevde at det var vanskelig å uttrykke hvordan de hadde det, eller at det kunne være vanskelig å komme på hva de egentlig ville si når de først var inne til avtalt time. Dette kunne være i forbindelse med besøk hos fastlegen eller psykisk helsevern:

Jeg synes at vi burde kanskje, når vi kunne ha hatt lyst til å snakke, så da kunne ha snakka for at...nå er det jo sånn at når at jeg kommer til time så er det ikke alltid jeg har lyst til å snakke om dem ting som er vanskelig eller noe sånn, så jeg kunne heller tenkt meg å hatt en dag der jeg kunne bestemt selv om jeg ville snakke eller ikke.

Hun [mamma] greide å forklare sin situasjon [til psykisk helsevern] mye bedre enn det jeg gjorde, jeg greide ikke å ordsette meg riktig i forhold til hvordan jeg følte det. [...]. Jeg tviler ikke på at de hadde hørt på meg hvis at jeg hadde greid å ordsette meg. Jeg føler ikke at det er veldig lett for barn å ordsette seg på riktig måte, så det er litt mye å forvente av et barn å kunne forklare hvordan man føler det da. Det kunne de sikkert gjort bedre (jente, 16 år).

3.1.6.2 Forskjell på å snakke om vanskelige ting med venner og personale versus profesjonell hjelp

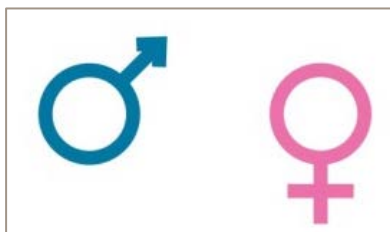
Mange ungdommer uttrykte at de syntes det var kjekt å snakke med venner dersom de hadde det vanskelig, men de var også klare på at det var stor forskjell på kompetansen hos samtalepartnerne og hvordan det virket:

Hvis det er noe vanskelig så er psykolog absolutt det beste. Men, venner det hjelper det også. Jeg snakker nesten ikke om mine problemer med vennene mine lenger. Og de som hadde vært vant med å hjelpe meg hadde på en måte mistet jobben sin da... Og min bestevenninne sa at hun ikke følte det var som før. Jeg vil gjerne hjelpe deg men du trenger ikke hjelp, så nå begynner vi å bytte roller for nå begynner hun å få det vanskelig (jente, 17 år).

Det hjelper jo egentlig ikke så mye da [å prate med personalet eller venner] Man får jo ut litt følelser og frustrasjon og sånn. Det vil jo bli litt mer letta da...men det hjelper vel egentlig ikke så mye. Dem kan jo ikke si noe om hvordan man kan få det til å gå vekk. Ikke at en psykolog gjør det heller. Men, jeg tror at det er en grunn til at man har utdanning i psykologi, og det er litt viktig at man har det da (jente, 16 år).

Jeg snakker ikke med de [personalet] om sånn BUP-aktige samtaler [...] De fleste som jobber her kan ingenting om psykisk helse. Burde de kunne mer? Jeg synes egentlig det. Når du ser så mange som sliter på barnevernsinstitusjoner (jente, 17 år).

3.1.6.3 Kjønnforskjeller?



Flertallet av guttene sier at gutter ikke sier så mye fra, verken til personalet eller til venner dersom de har psykiske problemer. De sitter heller på rommet og "gamer" for eksempel. De snakker helst ikke om psykisk helse. Jentene derimot, uttrykker at de gjerne snakker med sine venner om psykisk helse, men at det varierer hvor flinke de er til å si fra selv dersom de har det vanskelig. Enkelte jenter uttrykker at de kvier seg for å si fra på grunn av at de er redde for å være til bry, mens andre sier fra til personalet

(dersom de har en god relasjon) – det er den eneste måten de kan få gjort noe med problemet.

3.1.6.4 Det varierer hvor flinke personalet er til å fange opp psykiske problemer

På spørsmål om hvem som burde hatt ansvar for eventuelt å fange opp psykiske problemer hos ungdommer på barnevernsinstitusjon, mente de fleste at det var personalet. Ungdommene uttrykte at de opplevde at det varierte veldig i hvor stor grad personalet var flinke til å fange opp eventuelle problemer, her uttrykt av tre forskjellige jenter:

Jeg tror egentlig bare at de tipper litt. Jeg tror ikke de er så flinke til det alltid. Fordi, jeg vet ofte om problemene til de som bor her uten at dem andre nødvendigvis trenger på å vite noen ting. Også det er noen som må ha det veldig åpenbart, at det er noe galt...(Jente, 16 år).

Kjenner du til andre som bor på barnevernsinstitusjoner som trenger hjelp, som ikke får det? Ja, jeg kjenner en god del faktisk. De kommer til meg og JEG henviser dem til psykolog da.. Og jeg, spør du meg, så er ikke det mitt ansvar. Men, jeg har gjort det gjentatte ganger det siste året nå. Fordi, de ser jo at, de vet jo at jeg går til psykolog, og når de nesten sliter mer enn meg og ikke får hjelp, så må jo noen gjøre det. Det er jo egentlig ikke jeg som skulle gjøre det (jente, 17 år).

Jeg vet mer om psykisk helse enn alle som bor her, selv om jeg ikke kjenner dem så ser jeg mer enn det ansatte gjør (jente, 17 år).

3.1.6.5 Informasjonsflyt på institusjonen

Flere av ungdommene trekker frem at "alle vet alt" blant personalet på barnevernsinstitusjonen, dette kan være positivt, slik det er uttrykt i det første av de følgende sitatene, men noen opplever det også som en utfordring slik det er uttrykt i det andre og tredje sitatet:

Men, jeg kan for så vidt snakke med mine hovedkontakter, og de snakker godt sammen med de andre. Har jeg sagt en ting så vet alle det. De snakker veldig bra sammen på institusjonene, de står ikke som et spørsmålstegn. Og det er godt, å ikke drive å måtte skulle gjenfortelle hele tiden (jente, 17 år).

Sier dere i fra hvis dere mistenker at noen har det vanskelig? Hvis det ikke er veldig alvorlig, ville jeg ikke gjort det, fordi jeg vet at alt blir sagt og alle får vite alt... sånn at det kan gi store problemer eller misforståelser ut av det (jente, 15 år).

[...] Eller at alle begynner å snakke med deg om det og at alle sammen snakker om det. For eksempel, at hvis at jeg snakker med en som jobber her da...så vet alle sammen det i løpet av en uke. Etter at alle sammen har vært på jobb en gang.. og så da er det sånn at dem som jobber her på kontoret vet det...og ja...de fleste vet det da, og så kommer de og snakker til meg om det for hver vakt og sånn. Blir det spredt likevel, selv om du sier at det ikke skal sies videre? Ja, det blir spredt litt likevel...[...]. Når jeg kom hit så var jeg ganske åpen, men jeg har lukket meg ganske mye i det siste fordi at alle får vite alt uansett (jente, 14 år).

3.1.7 Forslag til fremtidige løsninger – hva kan hjelpe når man har det vanskelig?

Når de ble spurt direkte om hva kunne blitt forbedret når det gjelder dagens helsetjenestetilbud på barnevernsinstitusjonen, syntes ungdommene at det var vanskelig å si noe umiddelbart. I den forbindelse snakket en av ungdommene om at det er viktig å huske på at det er forskjell på ungdommer:

Personalet kunne liksom...forskjellsbehandling, på en måte. At dem har gjort ett eller annet... at de har fått bedre kontakt med den personen som har det litt mer vanskelig...Og at den som har det vanskelig hadde følt at det personalet kan hjelpe...at dem har hatt bedre kontakt da (gutt, 17.5 år).

Når det ble snakk om de opplevde at det var andre ting som hjelper når man har det vanskelig, eventuelt sliter psykisk, så var det mange (spesielt gutter) som mente ganske bestemt at trening gjorde godt. En gutt nevnte at han pleide å sove mye når han hadde det litt vanskelig, mens andre syntes at det kunne hjelpe å være sosial. En jente uttrykte følgende:

Musikk kan hjelpe, noe man har lyst til å gjøre. Men, der og da så er det vanskelig å finne på noe å gjøre... på en måte. Men, da går det an å sette opp en plan for hva man skal gjøre [råd fra BUP, jenta er usikker på om det hjelper] Det er som regel sånn med det meste de foreslår...selv om man allerede har prøvd, [råd fra psykolog, personal etc.] eller vet at det ikke går, så får man fortsatt beskjed om at man må prøve og fortsette å prøve (jente, 14 år).

En av jentene snakket om at hun syntes det var bra at hun ble "pusket" til å oppsøke psykolog av sin fostermor, og videre spekulerte hun i at det kunne være bra om det ble flere obligatoriske helsetilbud:

På den forrige institusjonen min ble alle sendt inn til en legesjekk og det sa det de skulle gjøre med meg, men det gjorde de aldri med meg. Hvis de hadde gjort det så syntes jeg det hadde vært en kjempeidé, slik at hvis man har vitaminmangler eller noe så får man vite det tidlig slik at ikke voksne må lete etter det eller at ungdommen ikke sier noe...slik som meg da. Jeg sier ikke fra. Og da kan det egentlig være pålagt at alle ungdommer som kommer inn på en slik institusjon MÅ ha en legesjekk (jente, 17 år).

I løpet av intervjuene, i ulike sammenhenger snakket de fleste ungdommene om viktigheten av å bli tatt på alvor, og at de voksne (både helsepersonell og personalet) er ærlige med dem.

Jeg føler at voksne liksom forstår seg mer på andre voksne, det er litt sånn at dem glemmer litt selv at de har vært barn. [...] Jeg føler ikke at vi blir forstått særlig mye...De spør alle sammen masse spørsmål, men alle sammen skal ha samme svar (jente, 16).

3.2 Innsikter fra workshop

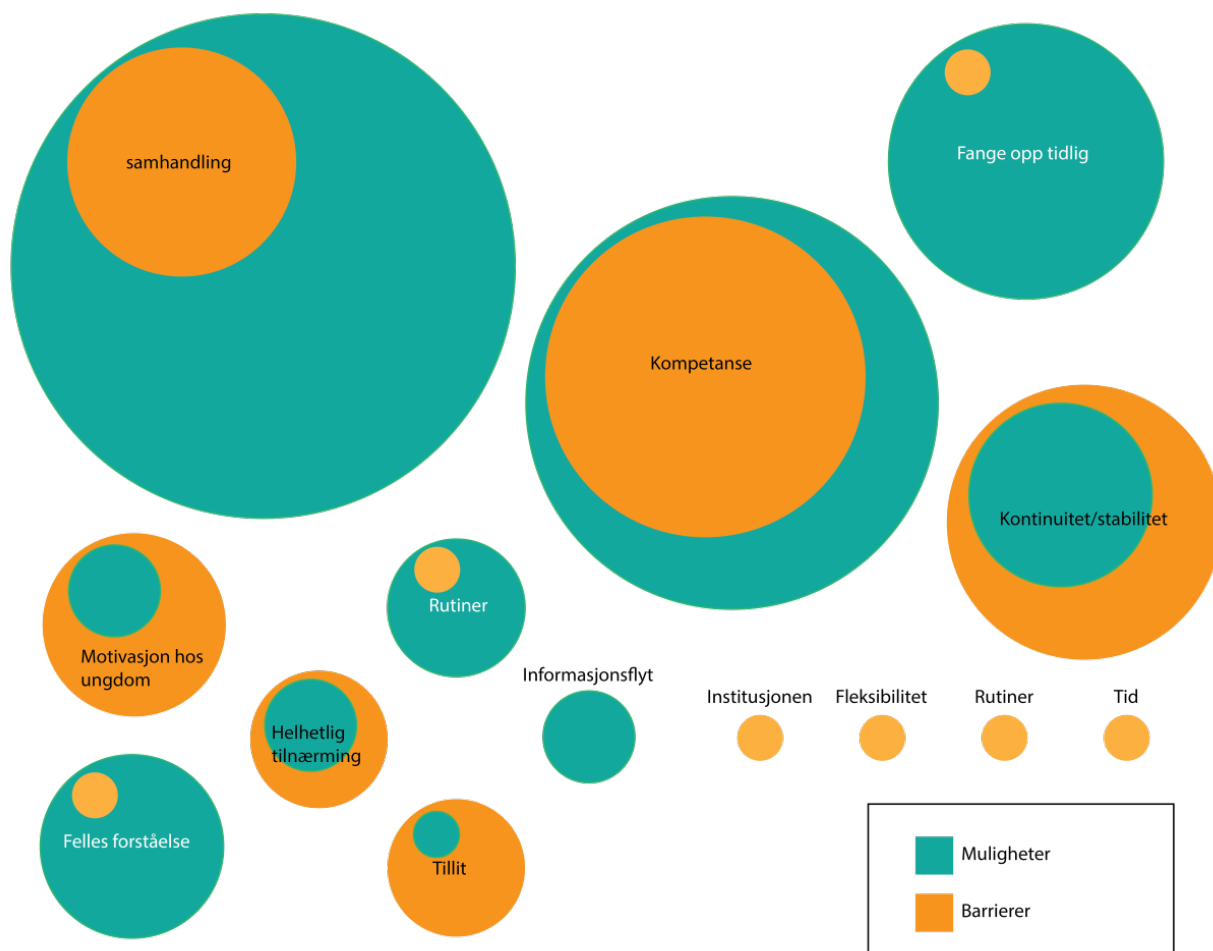
Innledningsvis fikk alle deltagerne anledning til å presentere erfaringer/synspunkter rundt temaet for workshopen: "Hvordan sikre at barn og unge får den helsehjelpen de trenger?". Mange av barrierene og mulighetene som er beskrevet i neste delkapittel, ble også ytret i denne "frie delen" av workshopen.

Spesifikke utfordringer

Innledningsvis i workshopen ble det nevnt noen tjenestespesifikke utfordringer i forbindelse med å sikre forsvarlige og nødvendige helsetjenester for barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Representantene fra rusbehandling opplevde at de hadde vanskeligheter med å nå unge under 18 år, selv om de kunne behandle barn ned til 15 år. De mente at en av grunnene til at de ikke ble henvist til rusbehandling kunne være at BUP mente ungdommene hadde for ustabil bosituasjon. De opplevde også spesielt at 17-åringer, som nærmer seg 18 år og som er på tur ut av barnevernet, kan være en gruppe som lett kan falle utenfor. Deltagerne knyttet til BUP nevnte begge kartlegging, og at man gjennomgående ser ut til å ha hatt for dårlige metoder for å kartlegge barnas behov for helsehjelp ved inntak på barnevernsinstitusjon. De viste i denne sammenhengen til pågående samarbeidsprosjekt mellom Bufetat og BUP i Sør-Trøndelag: «Kartlegging av psykisk helse ved inntak i barnevernsinstitusjon», der man både fokuserer på kartleggingsmetoder- og verktøy, og på samhandling ang aktuelle tiltak.

3.3 Del 1: Muligheter og barrierer

Det viste seg i denne første delen av workshopen at det var utfordrende å skille mellom barrierer og muligheter for workshopdeltagerne, fordi noen barrierer også kan være muligheter og omvendt. Dette skillet er ikke så viktig, da idéen først og fremst er å vite hva folk er opptatt av og hvorfor det er en barriere eller mulighet. Den fullstendige listen av barrierer og muligheter, som ble skrevet ned av workshopdeltagere, finnes i vedlegg 9. På figur 1 kan man se et tematisk sammendrag av hva workshopdeltageren snakket om vedrørende barrierer og muligheter. Størrelsen på sirklene representerer hvor mange ganger det ble nevnt på en lapp. Av denne figuren ser man også tydelig at de fleste temaene ble nevnt innenfor både muligheter og barrierer.



Figur 1. Tematisk sammendrag av hva workshopdeltageren snakket om vedrørende barrierer og muligheter for å sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester i barnevernsinstitusjoner. Størrelsen på sirklene representerer hvor mange ganger temaet ble nevnt.

3.3.1 Muligheter

De temaene som ble nevnt oftest under muligheter var samhandling, kompetanseheving, det å fange opp problemer tidlig og kontinuitet.

Samhandling

Under temaet samhandling, nevnte workshopdeltagerne at det var flere muligheter innenfor å samarbeide mer mellom de ulike instansene (skole, barnevernsinstitusjoner, kommune, fastleger og spesialisthelsetjenesten), både for at tjenestene skal oppleves mer sømløse for barn og unge, men også for at man da kan få bedre informasjon om barnets/ungdommens psykiske og fysiske helse ved inntak til barnevernsinstitusjoner. Noen mente at det bør bli mer forpliktende samarbeid og at man må samarbeide i hverdagen, ikke bare hvis det har skjedd noe spesielt.

Kompetanseheving

Veiledning, kompetanseløft og videreutdanning av personalet på institusjoner ble nevnt i flere sammenhenger som en mulighet, slik at de i større grad kan vurdere om det trengs helsehjelp og hva slags helsehjelp som trengs, inkludert rus.

Fange opp tidlig

Dette temaet henger tett sammen med kompetanseheving, da det blant annet gikk på at barnevernsansatte må kunne fange opp problemene tidlig, i samarbeid med andre aktører i kommune, for eksempel fastleger. Punktet går også på det å skaffe rutiner for å fange opp tidlig, som for eksempel screening før eller ved inntak, gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Her ble det også referert til det tidligere nevnte igangsatte prosjektet "Kartlegging av psykisk helse ved inntak i barneverninstitusjon".

Kontinuitet

Mulighetene innenfor temaet kontinuitet gikk ut på for eksempel det å skaffe en kjernejournal, slik at alle fikk tilgang til samme informasjon. Det ble også nevnt ansvarliggjøring av fastlegen som en koordinerende aktør.

Annet

Andre ting som kom opp var blant annet at man kan fokusere på en bred forståelse av helse og at helse er mer enn adferd. En annen ting som ble nevnt var også at pårørende er/kan ofte være en utnyttet ressurs, men de må lære hvordan de kan være denne ressursen.

3.3.2 Barrierer

De temaene som ble nevnt oftest under muligheter var samhandling, kompetanse, manglende motivasjon hos ungdom og mangel på kontinuitet.

Samhandling

Det som står i veien for samhandling i dag er i følge workshopdeltagerne blant annet fysiske avstander, og det at det i dag ikke er noen lovpålagt, forpliktende samhandling mellom for eksempel barnevern i primærkommunen og fastlegene og barnevern i primærkommunen og barneverninstitusjonen. Dagens lovverk, spesielt med tanke på taushetsplikt og informasjonsdeling langs hele linjen ble også nevnt som en potensiell barriere for samhandling og informasjonsdeling.

Kompetanse

Barrierer som flere av workshopdeltagerne mente stod i veien for tilstrekkelig kompetanse var blant annet lite deling av erfaringer institusjoner i mellom. En av årsakene til dette kan, ifølge en deltager, være at det er konkurranse mellom offentlige og private/ideelle aktører, som gjør at de prøver å holde erfaringer for seg selv. Det ble også nevnt at det er for lite kompetanse om psykisk helse blant ansatte på institusjoner, noe som gjør at barn og unges problemer ikke identifiseres eller håndteres på riktig måte. Et annet punkt som ble nevnt, var at ulike aktører har ulike meninger om hva som er helsefremmende og at det er ulike oppfatninger når det gjelder psykiske helse, vanske, lidelse og hvordan dette kan/skal møtes.

Manglende motivasjon hos ungdom

Flere deltagere nevnte at motivasjon blant barn og ungdom var en barriere for at de får den helsehjelpen de trenger. Det er vanskelig å få enkelte til å takke ja til tilbud i BUP eller individuelle tilbud utenfor primærarenaene og det er utfordrende å få dem til å møte opp på timer. Det er også en barriere at mange av de som kommer har relasjons- og tilknytningsproblem. Et innspill i den forbindelse var at man må utvikle nye metoder for å nå disse ungdommene– eller ta i bruk andre kommunikasjons- / behandlings- / støtteordninger enn individuelle konsultasjoner (i BUP).

Kontinuitet

Dette punktet ble nevnt som mulig medvirkende faktor til barrieren som gjelder manglende motivasjon til behandling blant de unge. Det ble nevnt at dette er en gruppe med ungdom som ofte flytter, både bosted og

saks-/kliniske behandlere, noe som er utfordrende med tanke på å bygge relasjoner. I forbindelse med dette ble det også nevnt at det er dårlig informasjonsflyt mellom de ulike tjenestene, særlig ved tidligere utredninger eller kontakt med helsevernet.

Annet

En annen barriere som ble nevnt var manglende kompetanse i barneverntjenestene/institusjonene på kontekst, helhet og lokalsamfunn.

3.4 Del 2: Idéer til tiltak

Tidlig identifisering og kompetanse- Delfinansierte psykologstillinger i barnevernstjenesten

Dette forslaget gikk ut på å bruke, også i barnevernet, Helsedirektoratets modell for delfinansierte psykologstillinger i kommunen. Da kunne også psykologer vært med på utredningen av barn og unge, slik at de kan starte behandling, til og med før ungdommene kommer inn på barnevernsinstitusjonen. De fleste kommunene har ikke råd til å finansiere dette og kommunepsykologene som finnes får ikke lov til å jobbe i barnevern, da prosjektmidlene som er satt av til disse stillingene har så strenge krav til hva psykologene skal gjøre.

Samhandling og kompetanseutvikling - Opprette prosjektmidler for team etter ACT-modellen

For å jobbe ambulerende, målrettet og utadrettet kom det et forslag på å opprette prosjektmidler til å følge en veldokumentert modell, kalt Assertive Community Treatment (ACT) modellen [14, 15], der både kommune og spesialisthelsetjeneste jobber sammen. ACT er en intensiv mental helse programmodell der et tverrfaglig team av fagfolk tilbyr tjenester til pasienter i lokalsamfunnet. I dag anvendes denne modellen ved alvorlig psykiske lidelser, inkludert psykoser, men en av workshopdeltagerne foreslo at man kunne bruke denne modellen ved mindre alvorlige psykiske lidelser, der BUP eller PUT² ikke strekker til og innleggelse ikke kreves. Samtidig som dette teamet kan jobbe inn mot barnevernsinstitusjonene og jobbe for at de som bor der kan få den hjelpen og fleksibiliteten de trenger, kan det i tillegg veilede barnevernsansatte. Det at det er delfinansiert og spleiselag, som ACT-modellen krever, gjør at det er synergier der man for eksempel lettere ser om barn trenger hjelp hos TSB. Dette teamet vil også kunne følge ungdommen uavhengig av hvor han/hun er, slik at man unngår utfordringene med ustabil bosituasjon og kontinuitet. For å få utprøvd dette må både kommune og spesialisthelsetjeneste reservere egne midler til (utviklings-)prosjekter som rapporteres på som prosjekter ikke i vanlig drift.

Kontinuitet – E-terapi

Det kom også et forslag om at direktoratene sammen kan opprette prosjektmidler til E-terapi. Det kan tenkes brukt der ungdommer som har opparbeidet en relasjon til behandler flytter. Da kan ungdommen fortsette behandling hos denne behandleren over Skype eller lignende. For voksne finnes det prosjekt på dette, og det bør vurderes for barn/ungdommer også.

Organisering og kapasitet – Mer robuste barnevernstjenester

Dette forslaget gikk ut på å etablere krav om at det skal være flere interkommunale tjenester, der man ser at barnevernet består av svært få personer. Ofte kan det i mindre kommuner være to til tre ansatte og da er de veldig sårbare, ved sykdom/annet fravær. De kan også være inhabile i enkeltsaker.

² PUT = Psykiatrisk ungdomsteam

Kompetanse og felles forståelse – Psykoedukasjon

Psykoedukasjon, der ressursene (folk som har utdanning innen psykologi eller lignende) kan lære opp for eksempel ungdommer, miljøet og de ansatte på institusjonene, til å jobbe med dette på en god måte. Dette kan også bidra til å få en felles tilnærming. Helt konkret kan det være å ansette mer helsepersonell på institusjonene. Per i dag er for eksempel ikke sykepleiere godkjent som høyskoleutdannet når barneverninstitusjoner godkjennes, med den konsekvens at man gjerne ikke ansetter slik helsearbeider i institusjonene. Det å ha psykolog ansatt kan også være et tiltak og at det legges til rette for det, også for private. Det er det ikke i dag.

Kompetanse og kvalitet – Felles kvalitetsstandard

Dette forslaget gikk ut på å lage en felles kvalitetsstandard på institusjonene over hva som må være på plass av for eksempel kompetanse, antall ansatte, rutiner, faglige prosedyrer, uansett om det er privat eller statlig. For å få til det må man skape en felles forståelse for hvordan det skal gjøres.

Kontinuitet – Bedre informasjonsflyt

Det siste forslaget gikk ut på å lage digitale verktøy for en bedre informasjonsflyt mellom de aktørene som har med barna/ungdommene å gjøre, for å unngå unødvendig repetisjon og diskontinuitet i tiltakskjeden. Spørsmål om digitale verktøy kan bidra med dette, gjennom kjernejournal, elektronisk meldingsteknologi eller informasjonsdeling. Lovgivning ble ansett som en utfordring.

4 Diskusjon

4.1 Hovedinnsikter

Basert på intervjuer med barn og unge på barnevernsinstitusjoner og en workshop med deltagere fra fastlegeordningen, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert og barnevernsinstitusjoner, så er det noen hovedtema som blir vektlagt i diskusjonsdelen; kommunikasjon med helsetjenester, hjelpesøkende atferd og mulige kjønnsforskjeller, motivasjon for behandling og kompetanse, kontinuitet og samarbeid mellom ulike tjenester.

4.2 Metodiske betraktninger

For å diskutere innsiktene i dette prosjektet, bør styrker og svakheter ved datainnsamlingen først tas i betraktning. Innsiktene var basert på intervju med ungdommer på barnevernsinstitusjoner og med ulike personer fra helsetjenestene og barnevernsinstitusjoner. Dette er ikke representative utvalg, og resultatene/-innsiktene bør sees i lys av det. Videre, så er det sannsynlig at de ungdommene som har størst helsetjenestebehov i barnevernsinstitusjoner ikke er blitt representert i vårt prosjekt. Dette på grunn av at vi tilfeldigvis ikke besøkte barnevernsinstitusjoner som hadde ungdommer med mer sammensatt problematikk, inkludert rus. Generelt, så er ungdommer med store vansker underrepresentert i studier [16]. Ved å sammenligne innsiktene fra de kvalitative intervjuene med kvantitative data fra et representativt utvalg, fra RBKU [17], så gav dette stort sett en indikasjon på god overenstemmelse. Men, det er viktig å merke seg at både de kvalitative og kvantitative dataene som angår ungdommenes erfaringer med hjelpetjenestene, var basert på ungdommenes egen rapportering eller utsagn/opplevelse, det er ikke hentet faktiske opplysninger fra journaler eller saksmapper. Ved å intervju og snakke med barnevernspersonell (ledelse, miljøterapeuter og barnevernspedagoger) på de aktuelle institusjonene i vårt prosjekt, fikk vi et viktig supplement til forståelsen av ungdommers bruk og erfaringer med helsetjenestene, sett fra et annet perspektiv [9, 10].

En mulig begrensning ved workshop-delen av prosjektet kan være at noen få deltagere uttrykte at de opplevde at det var vanskelig å uttale seg på vegne av sitt fagfelt/arbeidssted, med tanke på mangel på representativitet. Dette kan ha betydning for de innsikter vi har fått. I det store og hele virket det imidlertid som om flertallet av workshop-deltagerne var komfortable med å uttrykke sine erfaringer og tanker om potensielle barrierer og muligheter for å sikre forsvarlige og nødvendige helsetjenester i barnevernsinstitusjoner, både fra sitt nåværende arbeid og fra tidligere erfaringer. En annen mulig begrensning ved workshop-delen var at det generelt sett kan være vanskelig å skille mellom muligheter og barrierer, og at disse ofte henger tett sammen. For å sikre at innsikter fra workshop-delen av prosjektet var i overensstemmelse med workshop-deltagerne sin oppfatning, fikk alle deltagere tilsendt resultater/innsikter via e-post for gjennomlesing, kommentarer og rettelser, 11 dager etter at workshopen ble holdt.

4.3 Barrierer, muligheter og forslag til tiltak

Kommunikasjon med helsetjenestene, indirekte og/eller direkte, var et tema ungdommene var opptatt av. Flere av ungdommene nevnte at det kan være vanskelig å be om helsetjenester, enten direkte eller via personalet, spesielt for psykiske vansker/lidelser. Flere hadde også en oppfatning av at man må utvise selvskadende eller suicidal atferd, eller tanker i den retning, for å kunne få "rett til" psykisk helsehjelp. Noen nevnte at det kunne oppleves som stigmatiserende å be om psykisk helsehjelp. Videre, så ble lang ventetid ansett som hovedårsaken til at man måtte ha svært alvorlige psykiske lidelser for å få psykisk helsehjelp. Slike oppfatninger kan potensielt redusere hjelpesøkende atferd relatert til psykiske vansker og dermed fungere som en barriere for god helsehjelp. Ventetid ble ikke direkte tatt opp som en barriere på workshopen, men det ble nevnt av deltagere fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), at det var stor pågang hos dem. Ungdommene uttrykte også utfordringer med å gjøre seg forstått i møte med ulike helsetjenester/behandlere. Dette støttes også av personalet som ble intervjuet, som fortalte at de flere ganger har vært med ungdommer inn til konsultasjon med f.eks. fastlege for å "oversette" for ungdommene. Dette resulterte ofte i at ungdommene fikk bedre behandling, ble tatt mer på alvor, og at de eventuelt fikk den henvisningen de hadde behov for. Basert på innsikter fra intervjuene med ungdommene og personalet, kan man spekulere på om styrking av ungdommens hjelpesøkende atferd og evne til å kommunisere med helsepersonell kan være hensiktsmessig, noe som også er påpekt i rapporten Practice Innovations in Child Welfare [18]. En systematisk litteraturstudie av barrierer og muligheter for hjelpesøkende atferd blant ungdom og unge voksne indikerte at strategier, for å forbedre hjelpesøkende atferd, bør fokusere på å forbedre kunnskap om psykisk helse, redusere stigma og ta hensyn til ønsket unge mennesker har om selvstendighet [19]. I tillegg bør ulike tiltak som styrker helsepersonell sin kommunikasjon og interaksjon med denne målgruppen også vurderes [20].

Flere av workshop-deltagere nevnte at manglende *motivasjon* hos barn og unge for å ta i mot behandling, var en barriere som førte til at mange ikke får den helsehjelpen de trenger. Videre, så ble det nevnt at det kan være utfordrende å få ungdommer til å møte opp på timer. Ett av tiltakene som ble foreslått på workshopen, i dette prosjektet, var delfinansierte psykologstillinger på barnevernsinstitusjoner. På denne måten kunne man jobbet med motivasjonsfasen, samtidig som man kunne jobbet med tidlig identifisering av psykiske vansker, før de utvikler seg til psykiske lidelser. Det bør også vurderes tiltak for å styrke barnevernspersonell sine muligheter til å jobbe med disse utfordringene, da de ofte kjenner ungdommen bedre enn en behandler og er tilgjengelige hele døgnet. Et annet tiltak som ble foreslått av en workshop-deltager, var at det bør utvikles nye metoder for å nå ungdommene – eller ta i bruk andre kommunikasjons- / behandlings- / støtteordninger enn individuelle konsultasjoner.

Kjønnsforskjeller i hjelpesøkende atferd kan også være en viktig faktor å ta i betraktning, når det gjelder å sikre forsvarlige og nødvendige helsetjenester i barnevernsinstitusjoner. Resultatene fra RKBUs studie [1] viser at det nesten er dobbelt så mange jenter som gutter som har fått psykisk helsehjelp de siste 3 månedene, til tross for at gutter, like ofte som jenter på barnevernsinstitusjon, har en psykisk lidelse. Kayed og hennes

kolleger [1] påpeker at det samme mønsteret er funnet i BUP, der jenter i alderen 13-18 år litt oftere får hjelp enn gutter, men forholdstallet er bare 1.1, dvs. 10 % flere jenter. Dette er i overensstemmelse med innsiktene hentet fra de kvalitative intervjuene i dette prosjektet, hvor ingen av guttene var i behandling i psykisk helsevern, i motsetning til en større andel jenter. Det var flere av guttene som fortalte at det ikke var vanlig å snakke om tema relatert til psykisk helse seg i mellom, eller med kompiser som ikke bodde på institusjon. De nevnte også at de heller "gamet", trente eller sov mye dersom de hadde vanskelige perioder. Det er viktig at systemet rundt ungdommene må være spesielt oppmerksom på gutters psykiske vansker og mulige udekkede behov for hjelp, og at det kan være forskjeller i hjelpesøkende atferd.

Kompetanse var et tema som ble tatt opp, både av ungdommene og workshop-deltagerne, og da spesielt kompetanse om psykisk helse. Flere av ungdommene uttrykte at det var stor forskjell på det å snakke med venner/personalet og det å snakke med psykolog. Psykolog-kompetanse ble ansett som viktig for at de skulle bli bedre, og flere trakk frem at de opplevde at sine nåværende psykolog-konsultasjoner hadde positiv effekt. De påpekte også at de opplevde at det varierte hvor flinke barnevernsinstitusjonspersonell er til å fange opp psykiske problemer. Personalet, som ble intervjuet, uttrykte at flere av de temaene de berører i sin arbeidshverdag er "psykologtema". *"Utfordringen blir å vite når går grensa for det vi som miljøterapeuter kan ta og når skal det avsluttes og når er det en psykolog som skal inn?"*. I workshopen ble det nevnt av flere deltagere at det er for lite kompetanse om psykisk helse blant ansatte på institusjoner. Dette kan føre til at barn og unges problemer ikke oppdages eller håndteres på riktig måte. Det ble også snakket om at man må styrke personalet på dette feltet, slik at de vet når det trengs profesjonell hjelp og hvilken hjelp som trengs. Koblingen mellom *psykisk helse* og *rus* ble også nevnt som en spesielt stor utfordring i intervju med personalet og av flere workshop-deltagere, man trenger spesiell kompetanse og tilnærming for å møte disse ungdommene. Workshop-deltagerne uttrykte at veiledning, psykoedukasjon, kompetanseløft, ansettelse av helsepersonell (f.eks. sykepleier og/eller psykolog) og videreutdanning av personalet på institusjoner kan være gode tiltak for å bedre sikre forsvarlige og nødvendige helsetjenester på barnevernsinstitusjoner. Videre, så ble det i løpet av workshopen omtalt flere pågående prosjekter relatert til dette temaet. En anbefaling videre kan være å gå systematisk til verks for å sammenligne og evaluere de pågående prosjektene, for å se hvilke prosjekt som kan videreføres i større skala.

Taushetsplikt var et viktig tema i forhold til tillit, for de fleste av ungdommene som var inkludert i dette prosjektet. Barrierer med hensyn til taushetsplikt ble også nevnt som en utfordring av workshop-deltagerne, men da (stort sett) relatert til andre utfordringer enn tillitsbrudd. I ulike sammenhenger har det vært et spørsmål om taushetspliktreglene er til hinder for et ønsket samarbeid mellom tjenester [21]. Dette var et tema som ble tatt opp av workshop-deltagerne som en potensiell barriere for samarbeid. En nylig gjennomført undersøkelse indikerte at i praksis, så opplevdes *ikke* taushetsplikten som et hinder for samarbeid mellom tjenester [22]. Når ungdommene i dette prosjekt snakket om taushetsplikt, var det ofte i sammenheng med deres negative erfaringer med ulike helsetjenester. Det virket som de fleste ungdommene hadde en klarere oppfatning av at fastleger eller psykologer hadde taushetsplikt, sammenlignet med personalets taushetsplikt. Dette er i overensstemmelse med at helsepersonells profesjonsbestemte taushetsplikt er strengere enn barnevernets forvaltningsmessige taushetsplikt, og skal ivareta hensynet til pasienters tillit til helsetjenesten og helsepersonell [21]. Dersom ungdommene har en uklar oppfatning av personalets taushetsplikt, og at "alle får vite alt", kan denne kombinasjonen bidra til at hjelpetrequende ungdommer unngår å oppsøke personalet eller dele opplysninger med dem av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Ungdommene i dette prosjektet vektla at det var viktig med ærlighet fra de voksne (både helsepersonell og personalet) og at de holder taushetsplikten. Selv om taushetsplikten faktisk ikke brytes, så kan det oppleves slik for ungdom, kanskje spesielt hvis de har tilknytnings- og/eller relasjons-vansker. Ved å informere og kommunisere tilstrekkelig godt med barn og unge, kan man øke tillitt, noe som igjen kan bidra til å øke sannsynligheten for at ungdommen ved senere anledninger tar kontakt og får den hjelpen de har krav på.

Kontinuitet var et viktig tema som ble nevnt flere ganger på workshopen i dette prosjektet, men som ikke var et utpreget tema blant de ungdommene som ble intervjuet. De temaene ungdom nevnte, som kan relateres til kontinuitet, var informasjonsflyt – at det kunne være ubehagelig å måtte gjenta sin historie i møte med ansatte på barnevernsinstitusjon eller helsepersonell. De få ungdommene som hadde hatt en langvarig relasjon med en lege (psykiater), uttrykte at det var noe de satte stor pris på. På workshopen ble det spekulert i om mangel på kontinuitet kunne ha sammenheng med manglende motivasjon blant de unge. Som et mulig tiltak ble det blant annet foreslått en velfungerende kjernejournal, med en koordinerende aktør (gjørne en fastlege). Videre, var et annet forslag at direktoratene sammen kan opprette prosjektmidler til e-terapi. Dette for å sikre kontinuitet i relasjon til behandler, reduserte ventetider og tilgjengelighet. Bruken av e-terapi har vært raskt voksende i de to siste tiårene, med økende bevis som tyder på at tilbudet av psykiske helsetjenester over internett har både klinisk effekt og at det er kostnadseffektivt [23].

Samarbeid, samhandling og kunnskap om andres tjenester var i liten grad nevnt av ungdommene på barnevernsinstitusjon, men det var et aktuelt tema på workshopen. Det er naturlig nok vanskelig for ungdommene å vite hvilke tjenester som bør samarbeide og hva effekten av et slikt samarbeid vil innebære. De har kun møtt enkelte (gode eller dårlige) representanter fra de ulike tjenestene og har dermed ikke grunnlag for å bedømme kompetansen, eller hvordan den kan kombineres for å oppnå en bedre tjeneste. Det er derfor naturlig at de som kjenner systemet fra innsiden, har flere synspunkter på dette. I rundskrivnet som omhandler samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester [21] påpekes det at "*det bør arbeides med å utveksle kunnskap om hverandres tjenester og legges til rette for kompetanseutvikling*". I følge RKBUs sin rapport [17], så fremstår samarbeidet mellom flere spesialiserte hjelpeapparat som svært fragmenterte. Dette ble også uttrykt til en viss grad av workshop-deltagerne i dette prosjektet. For eksempel, uttrykte en deltager/aktør knyttet til St. Olavs Hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, at tilbudet fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling ikke ble benyttet tilstrekkelig. Videre, så burde spesielt lokalt samarbeidsutvalg for barn og unge vært brukt mer effektivt, på yngre barn. Et annet tiltak som ble foreslått på workshopen i dette prosjektet, var å opprette prosjektmidler etter Assertive Community Treatment (ACT) modellen [24]. Center for Medicare og Medicaid Services godkjente nylig Youth ACT for ungdom i alderen 16-20 år, i Minnesota. Denne tjenesten er ment å oppfylle behovene til ungdom, som lider av alvorlige psykiske lidelser og/eller komorbide lidelser, som trenger hjelp (på grunn av alvorlighetsgraden av symptomer), med koordinerende mental helse, skole/jobb, bolig, familie og fysiske helsetjenester [25]. En utfordring med ACT-modellen som ble påpekt av workshop-deltagerne var imidlertid at dersom ungdommer flytter over store avstander, vil det kunne være problematisk. Så vidt vi vet, så finnes det ikke noe litteratur på ACT i barnevernsinstitusjon-sammenheng, men de mulighetene som ble skissert i workshopen er interessante med tanke på at det kunne innebære et potensiale for økt forebygging, samhandling, kompetanse og kontinuitet i helsetjenester for barn og unge i barnevernsinstitusjoner.

5 Konklusjon

I dette prosjektet, som var basert på semi-strukturerte intervju med 11 ungdommer fra tre barnevernsinstitusjoner i Trøndelagsregionen, og en workshop med aktører knyttet til fastlegeordningen, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og barnevernsinstitusjoner og kommunal psykisk helsetjeneste, ble innsikter om barrierer, muligheter og tiltak for å sikre barn og unge på barnevernsinstitusjoner nødvendige og forsvarlige helsetjenester kartlagt.

Utpregede barrierer for helsehjelp som flere av ungdommene påpekte, var utfordringer relatert til å gjøre seg forstått og frustrasjon over ikke å bli tatt på alvor i møte med helsepersonell. Flere ungdommer hadde en oppfatning av at man ikke kunne få psykisk helsehjelp før man var alvorlig psykisk syk (f.eks. selvskading og suicidalitet), noe de trodde var på grunn av stor pågang og ventetid. Det var også antydninger til at det å

oppsøke hjelp på egen hånd opplevdes som vanskelig og stigmatiserende, noe som virket mer utpreget hos gutter enn hos jenter. Dette er det viktig at systemet rundt ungdommene bør være spesielt oppmerksom på.

Flere workshopdeltagere var opptatt av manglende samhandling, både på grunn av "siloer" i helsevesenet og begrensninger ved lovgivning. De var også opptatt av manglende kontinuitet og kompetanse på psykiske lidelser innenfor barnevernet. Et tema kunne også ha ulik betydning for ungdom og workshopdeltagere; for eksempel så var temaet taushetsplikt relatert til tillit hos ungdom, mens representanter fra helsevesenet vektla de begrensende effektene taushetsplikten kan ha for samhandling.

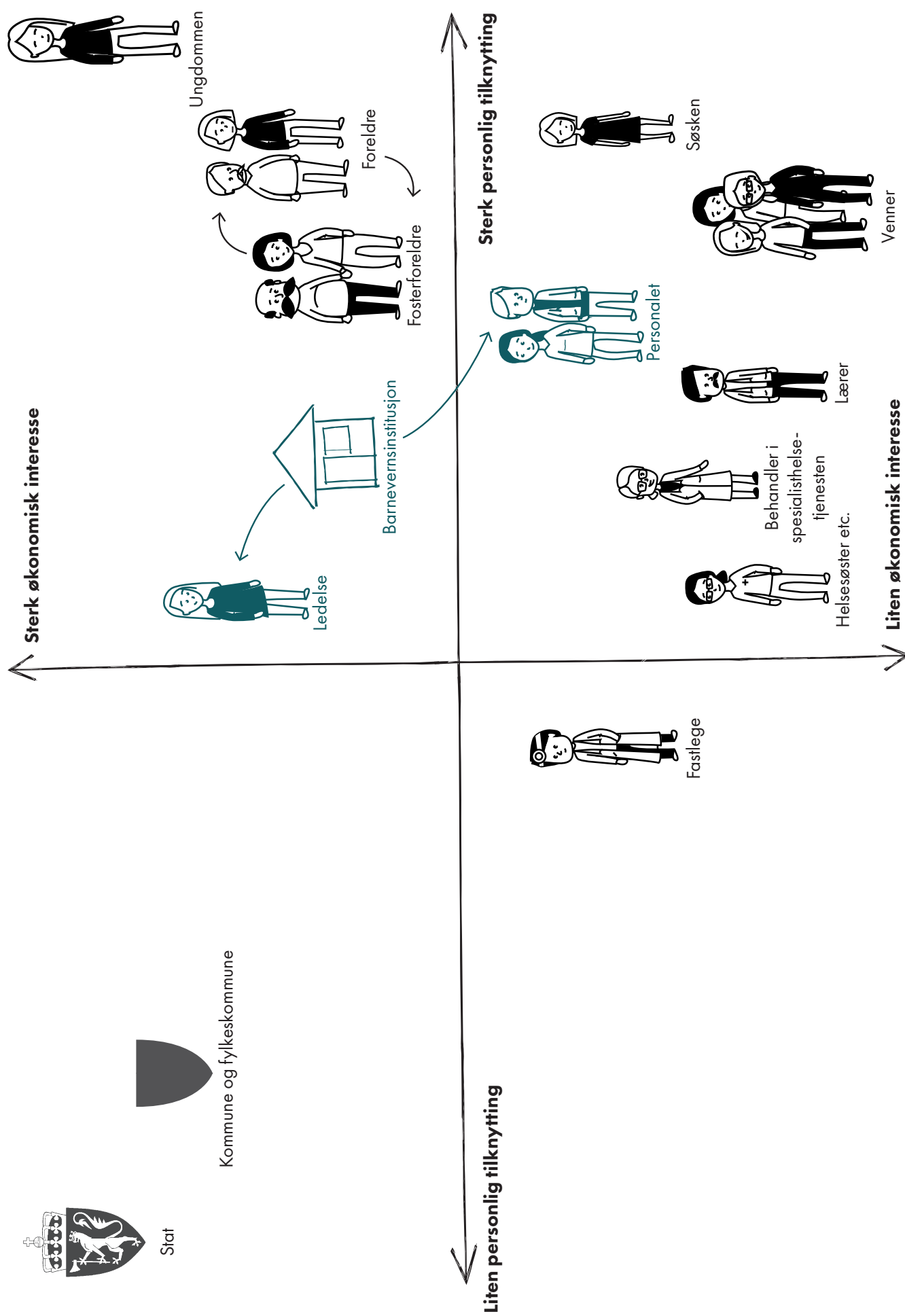
Det var utfordrende for ungdommene å komme med innspill til hva som kan hjelpe når man har det vanskelig, hva de forventer eller ønsker av helsetjenestene, men det å bli tatt på alvor, taushetsplikt og bli sett som individ var noe de fleste var svært opptatt av. De konkrete mulighetene, eller tiltakene, som ble foreslått av workshopdeltagerne var ulike intensiver som kan skape mer samhandling, kontinuitet og kompetanse i barnevernet og systemet rundt; del-finansiering av psykologstillinger i barnevernstjenesten, videreutdanning for ansatte på institusjoner for å øke kompetansen (spesielt om psykisk helse), e-terapi og prosjektmidler for å opprette team etter Assertive Community Treatment-modellen. Det ble også påpekt at det bør utvikles nye metoder for å nå ungdommene – eller ta i bruk andre kommunikasjons- / behandlings- / støtteordninger enn individuelle konsultasjoner.

Totalt sett, så indikerer de innsamlede innsiktene at det er viktig med en helhetlig tilnærming for å undersøke hvilke tiltak som kan sikre barn og unge i barnevernsinstitusjoner forsvarlige og nødvendige helsetjenester. Fremtidig innovasjon på dette området bør sikre god samhandling, kontinuitet og tilstrekkelig kompetanse inn i helsetjenestene rundt ungdommene på barnevernsinstitusjoner. En viktig forutsetning kan også være å sikre at ungdommene føler at de blir tatt på alvor og at de kan stole på sine kontaktpunkter, slik at sannsynligheten øker for at de nyttiggjør seg den behandlingen de blir tilbudt.

6 Referanser

1. Kayed, N.S., et al., *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern*, NTNU 2015.
2. Ådnanes, M. and S. Steihaug, *Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study*. 2013, 2013.
3. Forskningsrådet. *Programplan HELSEVEL*. 2015 [cited 2015 12.12.2015]; Available from: http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908
4. *Om fastlegeordningen*. 2015; Available from: <https://www.legelisten.no/om-fastlegeordningen>.
5. *Psykisk helsevern*. [cited 2015 4.12.2015]; Available from: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern>
6. Lovdata. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. [cited 2015 12.12.2015]; Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_4
7. Helsenorge.no. *Frivillig psykisk helsevern*. [cited 2015 12.12.2015]; Available from: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern>
8. Helsedirektoratet. *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* 12.12.2015; Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
9. Stickdorn, M., et al., *This is service design thinking : basics, tools, cases*. 2011, Amsterdam: BIS Publ.
10. Polaine, A., B. Reason, and L. Løvlie, *Service Design: From Insight to Implementation*. 2013, Brooklyn. New York: Rosenfeld.
11. Helse-og omsorgsdepartementet. *Innovasjon i omsorg*. [cited 2015 22.12.2015]; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/?ch=1&q=>
12. Charmaz, K., *Grounded theory*, in *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Method*, S. JA, Editor. 2015, SAGE Publications Ltd: London, UK.
13. Charmaz, K., *Constructing Grounded Theory*. 2 ed. 2014, London: SAGE Publications Ltd.
14. Bond, G., et al., *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness*. Disease Management and Health Outcomes, 2001. **9**(3): p. 141-159.
15. Stuen, H., et al., *Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting*. BMC Health Services Research, 2015. **15**(1): p. 409.
16. Holmen, T.L., et al., *Cohort profile of the Young-HUNT Study, Norway: a population-based study of adolescents*. Int J Epidemiol, 2014. **43**(2): p. 536-44.
17. Kayed, N.S. and T. Jozefiak, *Ungdommer i barnevernsinstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* 2015.
18. Kanaya, M., *Practice Innovations in Child Welfare*. 2012, American Public Human Services Association.
19. Gulliver, A., K.M. Griffiths, and H. Christensen, *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. BMC Psychiatry, 2010. **10**: p. 113.
20. *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*, Lawrence R.S, Appleton Gootman J, and Sim LJ, Editors. 2009, National Academies Press (US): Washington (DC).
21. *Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* 2015, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet
22. Stang, E.G., et al., *NOVA rapport nr. 3/13 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Regelkunnskap og praksis*. 2013, NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
23. Sucala, M., et al., *The Therapeutic Relationship in E-Therapy for Mental Health: A Systematic Review*. Journal of Medical Internet Research, 2012. **14**(4): p. e110.
24. Aakerholt, A. *ACT-håndbok*. 2015 [cited 12.12 2015]; 2:[Available from: <http://www.napha.no/multimedia/4500/ACT-handbok.pdf>
25. *Youth ACT (Assertive Community Treatment)*. 2015 [cited 2016 10.12]; Available from: http://www.dhs.state.mn.us/main/ideplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&dDocName=dhs16175482&RevisionSelectionMethod=LatestReleased.

HVEM HAR INTERESSE AV AT UNGDOM PÅ BARNEVERNSINSTITUSJONER BLIR SIKRET NØDVENDIGE OG FORSVARLIGE HELSETJENESTER?

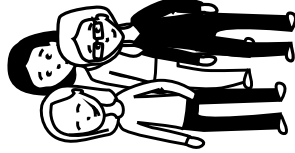


BESKRIVELSE AV ROLLE OG MOTIVASJON



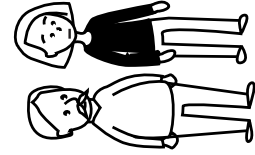
Ungdommen

Motivasjon: Det sier seg selv at ungdommen selv har den største interessen av å få den helsehjelpen de trenger. Det å gå med psykiske lidelser har konsekvenser for personlig økonomi og selvsgt livskvalitet.



Venner

Motivasjon Venner har personlig interesse, da de ønsker at ungdommen skal ha det bra. De kan også i tillegg bli brukt som "psykolog", som sikkert kan være en tung bær å bære, spesielt hvis de sliter selv.



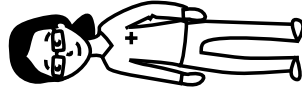
Foreldre

Motivasjon: Vanskelig gruppe å plassere, da det i barnevernssaker dreier seg om omsorgsvikt eller manglende evne til å ta seg av barna. Men de fleste foreldre, også i denne sammenheng, ønsker det beste for barna sine, økonomisk og personlig.



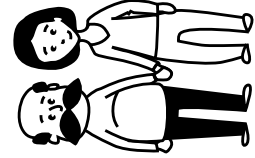
Lærer

Motivasjon Lærere kan se ungdommen hver dag, de bryr seg ofte personlig. De kan også bli de som må ta seg av utagering, når ungdommen ikke får den hjelpen de trenger. Lærere er kan være de som oppdager at barn og unge ikke har det bra.



Helsesøster

Motivasjon Helsesøstre eller andre som kan være med i et primært behandlingstilak/forebygging, kan være et sted ungdommen kommer først for å snakke om sine problemer. De har ofte lite ressurser og tid til å følge opp og ved at flere ungdommer får den hjelpen de trenger, så blir det mindre belastning på de. I tillegg kan de føle personlig engasjement for hver enkelt ungdom



Fosterforeldre

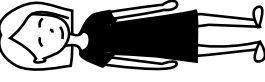
Motivasjon Enten det er fremtidige eller nåværende fosterforeldre så har personlig og økonomisk interesse av at barna får den den hjelpen de trenger når de er på institusjon, mest fordi de bryr seg om barna, men også fordi de skal slippe å betale for denne hjelpen eller "skader" barnet gjør pga tidligere manglede hjelp.



Behandler i

sesialisthelsetjenesten

Motivasjon Dette kan både være innenfor rus og/eller psykiatri. Det er vanskelig å plassere en behandler, da det er svært forskjellig hvor mye de ser ungdommen og hvor tett bånd de føler. De fleste bryr seg om ungdommene de behandler, men de har ikke bare pasienter fra barnevernsinstitusjoner, slik at de har liten økonomisk interesse.



Søsken

Motivasjon Søsken har som regel mest personlig interesse av at ungdommen får hjelp en de trenger, da de bryr seg.



Fastlege

Motivasjon I noen tilfeller vil fastlegen ha et personlig engasjement i at ungdommen på barnevernsinstitusjoner får den hjelpen de trenger. I de fleste tilfeller ønsker de også å gjøre en god jobb på generell basis.



Den Norske stat

Motivasjon I et samfunnsøkonomisk perspektiv har staten kanskje mest å hente på at ungdommen får den hjelpen de trenger. Flere vil komme seg ut i arbeid og betale sin skatt, trolig vil det bli færre rusmisbrukere og kriminalitet (sparte kostnader i behandling og i mindre tap av verdi) og det vil komme færre erstatningskrav i etterkant, fra barn som ikke har fått den hjelpen de har krav på. Det er staten som er ansvarlig for disse barna, men ikke noe personlig forhold til hvert enkelt barn.

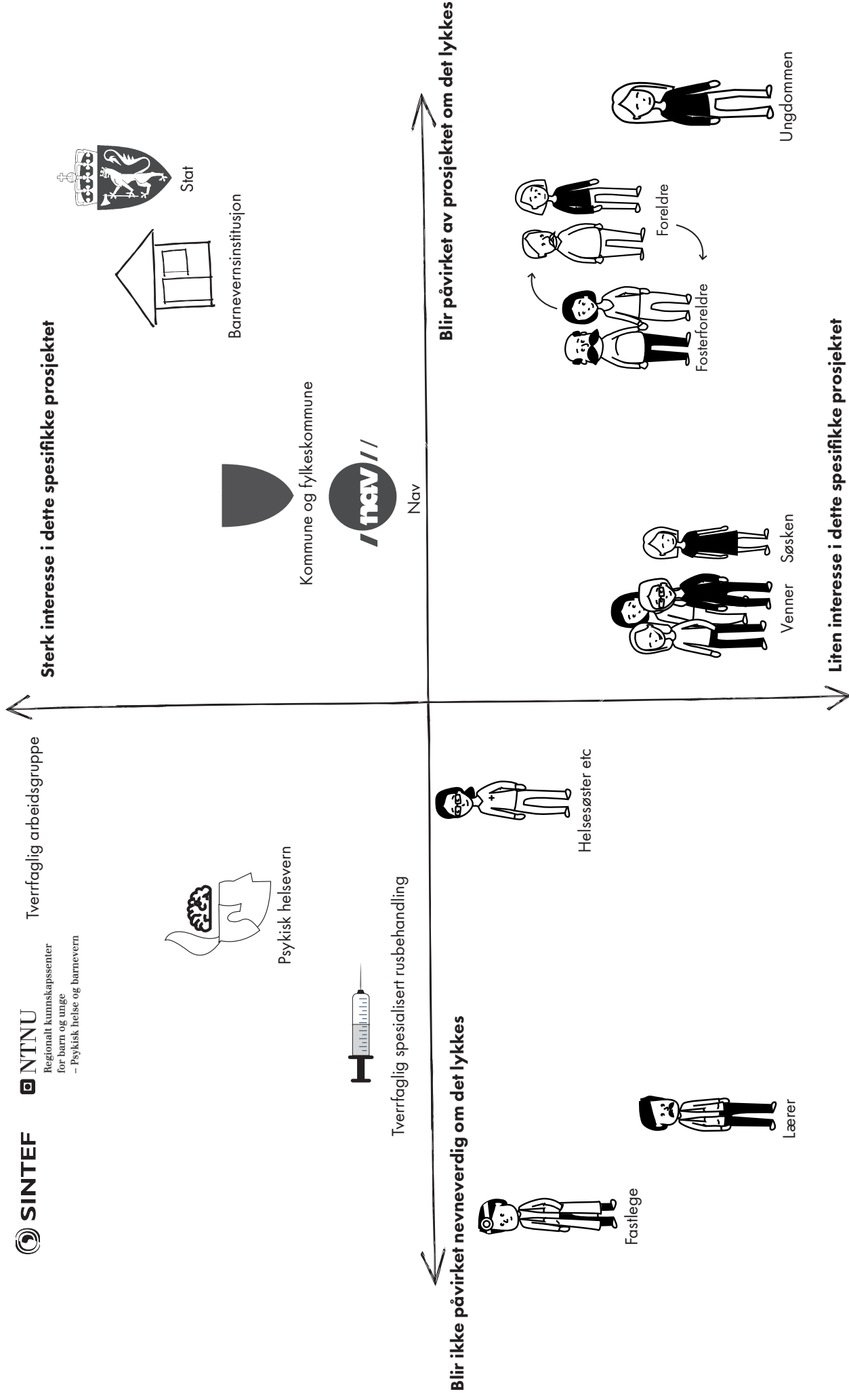


Kommunen og fylkeskommunen

Motivasjon Kommunene vil i likhet med staten ha en viss økonomisk interesse i at barna får den hjelpen de trenger i form av mindre behov for kommunale helsetjenester senere i livet, mindre kriminalitet og flere til å betale kommuneskatt. De fleste kommunen er tettere på ungdommen, men det er som en gruppe og ikke privatperson.



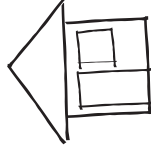
HVEM KAN HA INTERESSE I HOVEDPROSJEKTET BARNEVERN OG HELSETJENESTER?





Ungdom på institusjon

Motivasjon: Om dette prosjektet lykkes vil ungdom få den hjelpen de trenger i fremtiden, så som gruppe vil det påvirke deres fremtid. De som bor på institusjon nå har derimot ingen spesifikk tilknytning til dette prosjektet, som mest sannsynlig ikke vil ha noen påvirkning for deres situasjon, men heller de barna som kommer senere.



Barnevernsinstitusjon

Motivasjon: Barnevernsinstitusjoner vil bli påvirket av et vellykket prosjekt i fremtiden, og vil ha en viss interesse av dette spesifikke prosjektet, da det er viktig å både vise at de tar dette alvorlig, får et bra omdømme og i fremtiden vil det at flere av barna får profesjonell hjelp være avlastende for personalet.



Den Norske stat

Motivasjon I et samfunnsøkonomisk perspektiv har staten kanskje mest å hente på at ungdommen får den hjelpen de trenger. Flere vil komme seg ut i arbeid og betale sin skatt, trolig vil det bli færre rusmisbrukere og kriminalitet (sparte kostnader i behandling og i mindre tap av verdi) og det vil komme færre erstatningskrav i etterkant, fra barn som ikke har fått den hjelpen de har krav på. Det er staten som er ansvarlig for disse barna. Det er også statlige direktorat som har besitt prosjektet og har derfor en spesiell interesse i dette prosjektet.



Fastleges Motivasjon

Fastlegens hverdag vil trolig i enda mindre grad bli påvirket i etterkant av et vellykket prosjekt, da de i hovedsak henviser videre ved behov for behandling. De er også i fokus av dette prosjektet og vil derfor ha en interesse av det.



Foreldre og fosterforeldre

Motivasjon: På samme måte som med ungdommen, så vil de som gruppe, i fremtiden bli påvirket positivt om prosjektet lykkes. De har derimot heller ingen umiddelbar effekt av dette prosjektet. Selv om voksne ofte i større grad enn barn og ungdom har evne til å tenke konsekvenser lenger frem i tid, har de ingen stor motivasjon til å bli med i dette spesifikke prosjektet.



Prosjektdeltakerne

Motivasjon Organisasjonene som gjennomfører prosjektet har naturlig nok en sterk interesse i at prosjektet skal bli vellykket, både for fremtidige oppdrag og omdømme, i tillegg til det engasjementet mange i prosjektgruppen har for saken. Det har derimot ingen direkte innvirkning på organisasjonene om ungdommer får bedre helse tjenester.



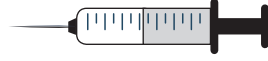
Helsesøster etc. Motivasjon

Helsesøstre eller andre som kan være med i et primært behandlingstilfelle/forebygging, kan være et sted ungdommen kommer først for å snakke om sine problemer. De har ofte lite ressurser og tid til å følge opp og ved at flere ungdommer får den hjelpen de trenger, så blir det mindre belastning på de. Men det er ikke bare barnevernsbarn som bruker helsesøster, slik at hverdagen deres forandres kanskje ikke dramatisk etter et vellykket prosjekt.



Nav Motivasjon

Nav kan ha en interesse i dette prosjektet, da barneheimsbarn med ubehandlede diagnoser sannsynligvis har høyere sannsynlighet for å bli avhengig av bistand fra nav i fremtiden.



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling Motivasjon

I likhet med psykisk helsevern så jobber ikke tverrfaglig spesialisert rusbehandling utelukkende med barnevernsbarn og vil derfor ikke bli like mye påvirket i etterkant av et slikt prosjekt som barna selv og barnevernsinstitusjonen. Men de er et av hovedfokusene i dette prosjektet og vil derfor ha ganske stor interesse av dette spesifikke prosjektet og hva som avdekkes om psykisk helsevern.



Psykisk helsevern Motivasjon

De jobber med barn og ungdom, både i og utenfor barnevernet og det er derfor naturlig å anta at de ikke vil bli påvirket i like stor grad som barnevernsinstitusjoner i etterkant av hovedprosjektet vil kunne være ressursbesparende dersom ungdommene blir "screenet" riktig, slik at ungdom som ikke trenger hjelp fra psykisk helsevern ikke kommer dit. De er også et av hovedfokusene i dette prosjektet og vil derfor ha ganske stor interesse av dette spesifikke prosjektet og hva som avdekkes om psykisk helsevern.



Lærer Motivasjon

Selv om læreren kan ha et personlig forhold til barn i barnevernsinstitusjoner, så trenger ikke deres jobb hver dag endre seg nevneverdig, selv om disse barna får den hjelpen de trenger. Studien er heller ikke rettet mot lærere, slik at de vil nok ikke engasjere seg sterkt i dette prosjektet, selv om de kanskje er opptatt av saken.



Venner og søsken

Motivasjon I likhet med ungdommene selv og foreldrene, vil ikke venner av dagens ungdom på barnevernsinstitusjoner bli påvirket av dette prosjektet, men som gruppe i fremtiden vil de ha positiv nytte av et vellykket prosjekt.



Kommunen og fylkeskommunen

Motivasjon Kommunene vil i likhet med staten ha en viss økonomisk interesse i at barna får den hjelpen de trenger i form av mindre behov for kommunale helse tjenester senere i livet, mindre kriminalitet og flere til å betale kommuneskatt. De har derimot ikke initiert dette prosjektet, og har heller ikke hovedansvaret for disse ungdommene og vil dermed ikke ha et like sterkt engasjement i dette prosjektet og blir ikke i like stor grad som staten, påvirket av et vellykket utfall. Dette er trolig i endring, men den endringen det vil medføre i interessentanalysen, er at kommunen vil ha enda større interesse i dette prosjektet, da det vil ha større konsekvenser for kommunen.

SAMTYKKESKJEMA FOR FORESATTE:

DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET**”HELSETJENESTER I BARNEVERNENSINSTITUSJONER”****PROSJEKTET HANDLER OM**

Vi i SINTEF har i samarbeid med ”Regionalt kunnskapssenter for barn og unge” (RKBU) fått i oppgave å undersøke helsetjenestetilbudet i barnevernsinstitusjoner. Det gjør vi for å være sikre på at barn i barnevernet får gode og trygge helsetjenester. Vi er interessert i å undersøke hvordan tilbudet er nå, og hva som kan gjøres bedre. Ungdommens synspunkt er spesielt viktig for oss. Vi skal i høst besøke flere barnevernsinstitusjoner og intervjuer rundt 20 barn og ungdom.

VI VIL SPØRRE OM

Vi vil spørre barnet/ungdommen om hjelpen han/hun og andre får på barnevernsinstitusjoner. Vi er spesielt opptatt av å finne ut av hvilke erfaringer han/hun har med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og med spesialist-team som arbeider med rus. Vi vil også spørre om hvordan han/hun tror denne hjelpen kunne blitt bedre. Vi kommer **ikke** til å spørre personlige spørsmål om barnet/ungdommen eller hvordan han/hun har det, eller hvorfor han/hun har vært til fastlege, BUP eller lignende.

RETTIGHETER

Vi har taushetsplikt og det barnet/ungdommen sier vil bli anonymisert. Barnet/ungdommen deltar frivillig og kan derfor trekke seg når som helst, uten å måtte si hvorfor. Han/hun trenger heller ikke svare på spørsmål han/hun ikke har lyst til å svare på, uten at å måtte si hvorfor. Disse rettighetene vil barnet/ungdommen også bli informert om, før intervjuet.

**LURER DU PÅ NOE? ELLER ØNSKER DU Å TREKKE BARNET/
UNGDOMMEN FRA STUDIEN? KONTAKT EN AV OSS!**
Anne Karen Aanonli

Telefon: 90 09 68 35

e-mail: AnneKaren.Aanonli@sintef.no

Jannike Kaasbøll

Telefon: 95 19 19 84

e-mail: Jannike.Kaasboll@sintef.no

_____ (barnets navn) har tillatelse til å være med på intervju i
SINTEFs prosjekt ved navn ”Helsetjenester i barnevernetsinstitusjoner”.

Foresattes signatur_____

Dato: _____

Foresattes signatur_____

VIL DU BLI MED I ET FORSKNINGSPROSJEKT?

PROSJEKTET HANDLER OM:

Vi i SINTEF har i samarbeid med "Regionalt kunnskapssenter for barn og unge" (RKBU) fått i oppgave å undersøke helsetjenestetilbudet i barnevernsinstitusjoner. Det gjør vi for å være sikre på at barn i barnevernet får gode og trygge helsetjenester. Vi er interessert i å undersøke hvordan tilbudet er nå, og hva som kan gjøres bedre. Vi skal i høst besøke flere barnevernsinstitusjoner og intervjuer rundt 20 ungdom.

VI VIL SPØRRE OM:

Vi vil spørre deg om hjelpen du og andre får på barnevernsinstitusjoner. Vi er spesielt opptatt av å finne ut av hvilke erfaringer du/dere har med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og med spesialist-team som arbeider med rus. Vi vil også spørre om hvordan du tror denne hjelpen kunne blitt bedre. Vi kommer **ikke** til å spørre deg om hva du heter eller hvordan du har det, eller hvorfor du har vært til fastlege eller BUP eller lignende.

DETTE ER DINE RETTIGHETER:

Vi har taushetsplikt og alt du sier vil bli anonymisert. Det betyr at det vil være umulig å kjenne igjen både hva du har sagt og at du har vært med i dette intervjuet. Du deltar frivillig og kan derfor trekke deg når som helst, uten å måtte si hvorfor. Du trenger heller ikke svare på spørsmål du ikke har lyst til å svare på, uten at du må si hvorfor.

PROSJEKTET AVSLUTTES:
31.12.2016

LURER DU PÅ NOE? ELLER VIL DU TREKKE DEG? KONTAKT EN AV OSS!



Anne Karen Aanonli
Telefon: 90 09 68 35
e-mail:
AnneKaren.Aanonli@sintef.no



Jannike Kaasbøll
Telefon: 95 19 19 84
e-mail:
Jannike.Kaasboll@sintef.no

☐

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA

Signatur intervjuobjekt _____

Dato: _____

☐

Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon om studien:

Signatur intervjuansvarlig _____

Dato: _____

SAMTYKKESKJEMA FOR DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET ”HELSETJENESTER I BARNEVERN SINSTITUSJONER”

PROSJEKTET HANDLER OM

Vi i SINTEF har i samarbeid med *Regionalt kunnskapssenter for barn og unge* (RKBU) fått i oppgave å undersøke helsetjenestetilbudet i barnevernsinstitusjoner. Det gjør vi for å være sikre på at barn i barnevernet får gode og trygge helsetjenester. Vi er interessert i å undersøke hvordan tilbudet er nå, og hva som kan gjøres bedre. Ungdommens synspunkt er spesielt viktig, men det er også viktig å høre hva andre interessenter, som for eksempel ansatte og ledere på institusjoner, har å si. Vi skal i høst (2015) besøke flere barnevernsinstitusjoner og intervju barn/ungdom og andre som er i befattning med institusjonene.

VI VIL SPØRRE OM

Vi vil spørre om hjelpen barn/ungdom får på barnevernsinstitusjoner. Vi er spesielt opptatt av å finne ut av hvilke erfaringer du har med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og med spesialist-team som arbeider med rus, i forhold til barn/ungdom i barnevernet. Vi vil også spørre om hvordan du tror denne hjelpen kunne blitt bedre. Vi kommer **ikke** til å spørre personlige spørsmål om deg eller barn/ungdom som bor på institusjonen.

RETTIGHETER

Vi har taushetsplikt og det du sier vil bli anonymisert. Du deltar frivillig og kan derfor trekke deg når som helst, uten å måtte si hvorfor. Du trenger heller ikke svare på spørsmål du ikke har lyst til å svare på, uten at du å må si hvorfor.

LURER DU PÅ NOE? ELLER ØNSKER DU Å TREKKE DEG FRA STUDIEN? KONTAKT EN AV OSS!

Anne Karen Aanonli

Telefon: 90 09 68 35

e-mail: AnneKaren.Aanonli@sintef.no

Jannike Kaasbøll

Telefon: 95 19 19 84

e-mail: Jannike.Kaasboll@sintef.no

☐

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA

Signatur intervjuobjekt _____

Dato: _____

☐

Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon om studien:

Signatur intervjuansvarlig _____

Dato: _____

INTERVJUGUIDE – HELSETJENESTER I BARNEVERN SINSTITUSJONER

- Intro
- Om prosjektet
- Om samtykke
- Om gangen i intervjuet

Bakgrunn

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du vært her?
- Har du vært på andre institusjoner før?

Generelt om å oppsøke (fysisk/psykisk helsehjelp)

- Hvem ville du snakket med om ting du synes er vanskelig? (Venn, personell på institusjonen, lærer etc.)
- Vet du hvordan dere på institusjonen kan oppsøke helsehjelp (psykisk og fysisk) hvis dere trenger det?
- Synes du at dere vet nok om hvem man skal oppsøke for et problem?

1. Erfaringer med fastlegeordningen

Vi vil snakke med deg om hvem du har vært i kontakt med innenfor hjelpeapparatet.

Vi starter med det som kalles fastlegeordningen. Vet du hva en fastlege er?

*(hvis **nei**). Alle som ønsker det har rett til én fast lege å forholde seg til. Dette kalles fastlegeordningen.*

1.1 Har du en fastlege?

Hvis **JA**:

- Hvor lenge har du hatt denne fastlegen?
- Har du byttet fastlege flere ganger? Evt. Hvor ofte? Hvorfor?
- Hva synes du om fastlegen du har nå? Kan du stole på han/henne?
- Hva er bra med fastlegen du har nå? Hva er dårlig?
- Har du hatt andre fastleger du likte bedre? I så fall, hvorfor?
- Har du noen gang snakket med en fastlege om psykiske problemer?
- Hvordan fungerte det?
- Er fastlegen flink til å henvise videre til riktig behandling?

➤ Brukermedvirkning – føler du deg hørt av fastlegen – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Hvem går dere til når dere blir syke?
- Hvordan fungerer det? Hva fungerer bra/dårlig?

2. Erfaringer med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Har du hørt om BUP? (eller PUT (Psykiatrisk ungdomsteam) etc.)

*(hvis **nei**). Når barn og unge har det vanskelig med tanker, følelser eller oppførsel, kan de gå til noe som heter BUP.*

2.1 Har du hatt kontakt med PHBU (BUP/PUT)?

Hvis **JA**:

- Hvordan kom du i kontakt med BUP?
 - Hvordan synes du det var?
 - Hva var bra med BUP? Hva var ikke bra?
 - Synes du at du fikk hjelp med det du slet med (f.eks. mindre angst, mindre sinna)
 - Har du hatt ulike behandlere? Bytter du ofte?
 - *Hvorfor ble det skifte av behandler? (flytting etc?)*
- Brukermedvirkning – føler du deg hørt av BUP/psykisk helsevern – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Har det du eventuelt vært i kontakt med andre behandlere for psykiske problemer? F.eks privatpraktiserende psykolog/psykiater? Eventuelt andre?
- Hvordan synes du det var? Hva var bra og hva var dårlig?
- Synes du at du fikk hjelp med det du slet med (f.eks. mindre angst, mindre sinna)
- Kjenner du noen andre på barnevernsinstitusjonen som har vært i kontakt med PHBU?
 - Hvilket inntrykk fikk du av PHBU da? Virket det som om han/hun du kjenner fikk god hjelp der? Hva fungerte bra/dårlig?

3. Erfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Har du hørt om tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

*(hvis **nei**) Det finnes også noen som jobber spesielt med å hjelpe barn og unge med rusproblemer.*

3.1 Har du vært i kontakt med noen fagpersoner som jobber spesielt med det?

Hvis **JA**:

- Hvordan kom du i kontakt med TSB?
 - Hvordan synes du det var?
 - Hva var bra? Hva var dårlig?
 - Synes du at du fikk hjelp med det du slet med (f.eks. mindre angst, mindre sinna)
- Brukermedvirkning – føler du deg hørt av TSB – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Har det du eventuelt vært i kontakt med andre behandlere for rus problemer?
- Hvordan synes du det var? Hva fungerte bra/dårlig?
- Kjenner du noen andre på barnevernsinstitusjonen som har vært i kontakt med TSB?
 - ii. Hvilket inntrykk fikk du av TSB da? Virket det som om han/hun du kjenner fikk god hjelp der? Hva fungerte bra/dårlig?

4. Erfaringer med samarbeid mellom de ulike instansene

- 4.1 Nå har vi snakket om fastlegen, PHBU og TSB, har du inntrykk av at de snakker sammen og samarbeider?
- 4.2 Har du noen eksempel på ulike situasjoner de samarbeidet godt, eller situasjoner der de burde ha samarbeidet? (Eksempler på dårlig samarbeid?)

5. Fremtidens tjeneste

- 5.1 Hvor eller av hvem opplever du at du får best helsehjelp?
- 5.2 Hvis du kunne bestemme, hvordan skulle man sikret at barn/unge på BVI blir sett og får riktig hjelp?
- 5.5 Hvem skulle hatt ansvaret for å si ifra, fange opp og gi hjelp?
- 5.6 Hvem ville du helst snakket med om å ha det vanskelig psykisk?
- 5.7 Er det noe annet som kunne hjelpe når man sliter psykisk? (Eks mer kontakt med venner etc?)

INTERVJUGUIDE – GRUPPE - HELSETJENESTER I BARNEVERN SINSTITUSJONER

- Intro
- Om prosjektet
- Om samtykke
- Om gangen i intervjuet

Bakgrunn

- Hvor gamle er dere?
- Hvor lenge har dere vært her?
- Har noen av dere vært på andre institusjoner før?

Generelt om å oppsøke (fysisk/psykisk helsehjelp)

- Hvem er det man snakker med om man føler man trenger hjelp fysisk eller psykisk? (venn/personell/lærer etc.)
- Hvis man trenger hjelp til fysisk eller psykisk sykdom, mens man er på institusjon, hvem er det man kontakter da?
- Synes dere at dere vet nok hvordan og hvem man skal oppsøke for et problem?
- Hvordan ville du gå frem (hvordan gikk du frem) for å finne ut hvem man burde oppsøke?
- Hvem ville dere spørre (eller hvem spurte dere) om hvem som var riktig person?

1. Erfaringer med fastlegeordningen

Vi vil snakke med deg om hvem du har vært i kontakt med innenfor hjelpeapparatet.

Vi starter med det som kalles fastlegeordningen. Vet du hva en fastlege er?

*(hvis **nei**). Alle som ønsker det har rett til én fast lege å forholde seg til. Dette kalles fastlegeordningen.*

1.1 Har dere en fastlege?

Hvis **JA**:

- Hvordan er fastleger? (Er de greie eller kjipe?)
- Har dere byttet fastlege noen ganger? Evt. Hvor ofte? Hvorfor bytter man fastlege?
- Hva er bra med fastleger? Hva er dårlig?
- Hva kan man snakke med fastlegen om?
- Kan man snakke med fastlegen om psykiske problem?
- Kan man stole på fastlegen?
- Er fastlegen flink til å henvise videre til riktig behandling?
- Blir man bedre av å få hjelp av fastlegen?

- Brukermedvirkning – føler du deg hørt av fastlegen – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Hvem går dere til når dere blir syke?
- Hvordan fungerer det? Hva fungerer bra/dårlig?

2. Erfaringer med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Har du hørt om BUP? (eller eventuelt PUT (Psykiatrisk ungdomsteam))

*(hvis **nei**). Når barn og unge har det vanskelig med tanker, følelser eller oppførsel, kan de gå til noe som heter BUP.*

2.1 Har dere, eller vet dere av noen som har hatt kontakt med PHBU (BUP/PUT)?

Hvis **JA**:

- Hvordan oppfatter dere PHBU? (Er de greie eller kjipe?)
- Blir man bedre av å få hjelp av PHBU?
- Har man mange forskjellige behandlere der?
 - *Hvorfor* skifter man i så fall behandler? (flytting?)

- Brukermedvirkning – føler man seg hørt av PHBU – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Vet dere av noen som har fått hjelp har hatt kontakt med andre behandlere for psykiske problem? F.eks privatpraktiserende psykolog/psykiater? Eventuelt andre?
- Hvordan fungerte det? Hva fungerte bra/dårlig?

3. Erfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Har dere hørt om tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

*(hvis **nei**) Det finnes også noen som jobber spesielt med å hjelpe barn og unge med rusproblemer.*

3.1 Har du vært i kontakt med noen fagpersoner som jobber spesielt med det?

Hvis **JA**:

- Hvordan oppfatter dere TSB? (Er de greie eller kjipe?)
 - Blir man bedre av å få hjelp fra TSB?
 - Hva fungerer bra /dårlig?
- Brukermedvirkning – føler man seg hørt av TSB – hvorfor/hvorfor ikke – beskriv situasjoner

Hvis **NEI**:

- Har det dere eventuelt vært i kontakt med andre behandlere for rus problemer?
- Hvordan synes du det var? Hva fungerte bra/dårlig?
- Kjenner dere noen andre på barnevernsinstitusjonen som har vært i kontakt med TSB?
 - i. Hvilket inntrykk fikk du av TSB da? Virket det som om han/hun du kjenner fikk god hjelp der? Hva fungerte bra/dårlig?

4. Erfaringer med samarbeid mellom de ulike instansene

4.1 Nå har vi snakket om fastlegen, PHBU og TSB, har dere inntrykk av at de snakker sammen og samarbeider?

4.2 Har dere noen eksempel på ulike situasjoner de samarbeidet godt, eller situasjoner der de burde ha samarbeidet?(Eksempler på dårlig samarbeid?)

5. Fremtidens tjeneste

5.1 Hvor eller av hvem opplever dere at dere får best helsehjelp?

5.2 Hvis dere kunne bestemme, hvordan skulle man sikret at barn/unge på BVI blir sett og får riktig hjelp?

5.5 Hvem skulle hatt ansvaret for å si ifra, fange opp og gi hjelp?

5.6 Hvem ville dere helst snakket med om å ha det vanskelig psykisk?

5.7 Er det noe annet som kunne hjelpe når man sliter psykisk? (Eks mer kontakt med venner, etc?)

INTERVJUGUIDE – ANSATTE – HELSETJENESTER I BARNEVERNSINSTITUSJONER

- Intro
- Om prosjektet
- Om samtykke
- Om gangen i intervjuet

Bakgrunn og erfaring

- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hva er din rolle?/Hva er dine ansvarsområder her?
- Hva er din utdanning/erfaring?
- Har du jobbet på andre institusjoner?

Generelt om å oppsøke (fysisk/psykisk helsehjelp)

- Føler du at du har fått tilstrekkelig opplæring i forhold til hva du skal gjøre hvis et barn/ungdom kommer og sier at de har det vanskelig psykisk eller med rusmidler?
- Kommer barn/ungdom til deg med slike bekymringer?
- Hvordan kan man skille mellom "vanlige" problemer og en psykisk lidelse hos barn?
- Hvem har ansvaret for å ordne med behandling når barna/ungdommene har en psykisk lidelse?

Som sagt så er vi spesielt opptatt av erfaringer knyttet til fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og ungdom og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, så vi har noen få spørsmål knyttet til hvordan du opplever at disse ordningene fungerer for barn/ungdom som bor på barnevernsinstitusjoner.

1. Erfaringer med fastlegeordningen

- *Har du noen erfaring med hvordan fastlegeordningen fungerer for de som bor på barnevernsinstitusjon?*
- *Har du kontaktet fastleger for noen av de som har bodd her?*
- *Er fastlegeordningen en nyttig ordning med hensyn til barn på barnevernsinstitusjoner?*
- *Hva burde blitt gjort bedre med hensyn til fastlegeordningen?*

2. Erfaringer med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

- *Har du noen erfaring med hvordan BUP/PUT fungerer for de som bor på barnevernsinstitusjon?*
- *Har du kontaktet BUP for noen av de som har bodd her?*
- *Er BUP en nyttig ordning i forhold til barn på barnevernsinstitusjoner?*

- *Hva burde blitt gjort bedre i forhold til BUP?*

3. Erfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- *Har du noen erfaring med hvordan TSB fungerer for de som bor på barnevernsinstitusjon?*
- *Har du kontaktet TSB for noen av de som har bodd her? Eller har de tatt kontakt?*
- *Er TSB en nyttig ordning i forhold til barn på barnevernsinstitusjoner?*
- *Hva burde blitt gjort bedre med hensyn til TSB?*

4. Erfaringer med samarbeid mellom de ulike instansene

- Har du inntrykk av at fastlegene, BUP og TSB samarbeider?
- Hvordan samarbeider dere med dem?
- Har du noen eksempler på situasjoner der man samarbeidet eller situasjoner der man burde samarbeidet?

5. Fremtidens tjeneste

- Hvilke andre kanaler får barn hjelp gjennom hvis de har det vanskelig psykisk?
- Hvem skal ha ansvaret for å følge opp barna på dette området?
- Hvordan kunne man lagd en bedre helsetjeneste for barna i fremtiden?

SAMTYKKESKJEMA FOR DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET ”HELSETJENESTER I BARNEVERN SINSTITUSJONER”

PROSJEKTET HANDLER OM

Prosjektet er en del av et større oppdrag fra Nasjonale myndigheter; Helsedirektoratet og Barne- ungdom- og familiedirektoratet. Det er satt sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe - barnevern og helse, som skal utarbeide et kunnskapsgrunnlag og foreløpige råd og anbefalinger, med mål om å sikre at barn på barnevernsinstitusjoner får nødvendige og forsvarlige helsetjenester. Lederen av denne gruppen er Lars Conrad Moe.

MÅLSETTING

Overordnet mål:

Økt kunnskap om omfanget av og kvalitet på helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner

Oppgaver:

Kartlegge erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hos barn i barnevernsinstitusjoner. Det skal utredes hvordan barna skal sikres nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene.

NTNU/RKBU inngår samarbeid med SINTEF om oppdraget

RETTIGHETER

Vi har taushetsplikt og det du sier vil bli anonymisert. Vi ønsker å referere til deg i dokumentasjonen, det vil si rapporter, presentasjoner, artikler og lignende, via generell arbeidstittel (representant for fastlegeordningen/psykisk helsevern/TSB/barnevernsinstitusjon etc) og ønsker at du skriver ned ønsket tittel i feltet nedenfor. Du deltar frivillig og kan derfor trekke deg både underveis- og i etterkant av arbeidsmøtet. Du vil da ikke bli bedt om å oppgi grunnen for at du trekker svarene dine.

LURER DU PÅ NOE? ELLER ØNSKER DU Å TREKKE DEG FRA STUDIEN? KONTAKT EN AV OSS!

Anne Karen Aanonli

Telefon: 90 09 68 35

e-mail: AnneKaren.Aanonli@sintef.no

Jannike Kaasbøll

Telefon: 95 19 19 84

e-mail: Jannike.Kaasboll@sintef.no

☐

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA

Signatur deltager _____

Dato: _____

☐

JEG SAMTYKKER I AT MIN ARBEIDSTITTEL BLIR BRUKT I DOKUMENTASJON

Ønsket tittel ved referanser i dokumentasjon _____

Gruppen til Anne Karen		
Muligheter	Tema	Kommentar
Digital utvikling Tettere samarbeid mellom BUP og institusjoner- bedrer sikkerheten for god og rett helsehjelp God info om fysiske og psykisk helse ved inntak Barnevernstjenesten kan bli flink til henvise til helsehjelp, allerede før flytting Gjennkjenningskompetanse (herunder bruke tidligere erfaringer) Tidlig tilgang på relevant kompetanse Tilby psykisk helsehjelp utenfor institusjon- barna kan slippe å kjenne på lojalitet til ansatte, spørsmål om taushetsplikt etc Barn med midlertidig oppholdsstatustake bør få rett på fastlege Kompetanseheving hos personalet, slik at de kan vurdere hvem som har behov og når, inkludert rus Faste kontaktpersoner og møtepunkt - samarbeidsavtaler En helseansvarlig på institusjonen sikrer at barn/unge får forsvarlig helsehjelp Generell veiledning (av ansatte på BVI), ikke bare på enkeltsak Ønske om mer generell veiledning av ansatte på institusjonen Sikre kartlegging og utredning slik at helseproblematikk oppdages og adekvat behandling gis raskest mulig - også i skole og barnevernsinstitusjoner Rask innvolvring og tilbud til pårørende	Forebygging Samhandling Samhandling + fange opp Samhandling + kompetanse Samhandling + kompetanse Fange opp flytting Kompetanse Samhandling Rutiner (+ ansvar) Veiledning (+ kompetanse) Veiledning (+ kompetanse) Samhandling + Fange opp Helhetlig tilnærming (+ressurser)	Utelukket fra vår studie
Barrierer	Tema	
Ikke lovpålagt, forpliktende samarbeid mellom BV og BUP Taushetsplikt kan være hinder for samarbeid mellom instanser Utfordrende om ungdom mangler tillit og/eller selv ikke ønsker hjelp Manglende motivasjon fra ungdommens side Ambivalens - Manglende motivasjon - egen trang til endring og å motta hjelp Dårlig informasjonsflyt, spesielt ved tidligere utredninger/kontakt med hjelpeinstanser Ustabil opplærings situasjon hindrer normalitetsopplevelser (som har en positiv helseeffekt) Spørsmål om overføring til ny BUP avd. ved flutting - relasjonsbrudd med behandler Ikke god nok psykologkompetanse i barnevernet før vedtak om omsorgsovertakelse fattes (ikke forebyggende barnevern, men ellers) Mangelfulle rutiner gir dårligere helsehjelp Lite fleksibilitet med tanke på tilgjengelighet (behandler) Prioritering - ikke nok ressurser i skole, barnevernstjenesten etc.	Samhandling Samhandling Tillit Motivasjon hos ungdom Motivasjon hos ungdom Flytting (Kontinuitet) Flytting (+ stabilitet) Flytting (+ tillit) Kompetanse Rutiner Fleksibilitet Prioritering (+kompetanse)	Begge gruppene og ungdommene snakket om dette som en barriere kunne også være mulighet ifølge lappskriveren

En finansieringsordning som ikke tjener ambulante tjenester, slik at man ikke kan møte ungdommen der de er.

For ustabil omsorgssituasjon til at man starte behandling

Å tenke at alt er adferdsvansker, når det er rus

Starte med henvisninger før de kommer på institusjon -> starte når de bor hjemme

Finansiering

Ungdommens situasjon

adferd

Gruppen til Ann Kristin		
Muligheter	Tema	Kommentar
Veiledning av BVI- personalet Kompetanseløft i institusjonene Grunnutdanning -Barnevernspedagog Differensiering Utvikle felles forståelse av problematikk Felles opplæring - som samarbeidsarena Helse > adferd Fokus på bred helseforståelse Psykoedukasjon på instituttene Helsekompetanse: Forklare hvorfor man skal ta imot behandling Screening hos barn i BVI Behov for vurdering uten henvisning hos de fleste Forpliktende samarbeid Samarbeid i hverdagen Samhandling (Skole, spesialisth., kommune osv.) Sammenhengende tilbud -individuell planStandardisering samarbeidsavtale Ansvarliggjøre - Fastlegen som akjør? - koordinerende? Samle dokumentene - Kjernejournal? Kartleggings verktøy - Før - under - etter	Kompetanse Kompetanse Kompetanse Kompetanse Felles forståelse Felles forståelse Felles forståelse Felles forståelse Motivasjon hos ungdom Motivasjon hos ungdom Rutiner (Fange opp) Rutiner (Fange opp) Samhandling Samhandling Samhandling Samhandling + Fange opp + kontinuitet + informasjonsflyt Kontinuitet Kontinuitet + informasjonsflyt Kontinuitet + informasjonsflyt	
Barrierer	Tema	Kommentar
Enheter som er for store(7-8 -> 3-4) Ikke bare se ting på individnivå -> kontekst, helhet og lokalsamfunn Ulik forståelse hos aktører på hva som er helsefremmende Kompetansedeling. Offentlig <-> Privat/ideel Manglende kompetanse - avdelings problematikk Konkurranse (Kvalitetsfare) -> Mindre deling av kompetanse Ikke et bredt fokus på helse Lite motivasjon hos ungdommer Relasjons- og tilknytningsproblematikk Fokus bare på adferd Psykiske lidelse maskerer ruslidelser? (Kriterier) Kulturelle utfordringer Manglende oversikt og samordning Går for lang tid for samhandling Skifte av saksbehandler Hyppige flyttinger (dokumentasjon, vanskelig med kontinuitetsamarbeid med skole) Kartlegging/ Rapportering (info, samhandling)	Institusjon Kompetanse Kompetanse + Felles forståelse Kompetanse Kompetanse Kompetanse + Konkurranse Helhetlig tilnærming + fange opp Motivasjon hos ungdom Motivasjon hos ungdom + Tillit Helhetlig tilnærming + fange opp Kompetanse + samhandling Kompetanse + forståelse Helhetlig tilnærming + samhandling Tid + samhandling Kontinuitet Kontinuitet Kontinuitet	Utelukket fra vår studie



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no