



SINTEF

# Rapport

## Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner

Barnevernets erfaringer og perspektiv

### Forfattere:

Marian Ådnanes, Line Melby, Jannike Kaasbøll, Silje L. Kaspersen

Rapportnummer:  
2023:00104 - Åpen

### Oppdragsgiver:

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

# Rapport

## Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner

Barnevernets erfaringer og perspektiv

**EMNEORD**

Ambulant psykisk helsehjelp, barnevernsinstitusjon, barnevern, psykisk helse, psykisk helsevern for barn og unge, BUP

**VERSJON**

1

**DATO**

2023-02-24

**FORFATTER(E)**

Marian Ådnanes, Line Melby, Jannike Kaasbøll, Silje L. Kaspersen

**OPPDRAGSGIVER(E)**

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

**OPPDRAGSGIVERS REFERANSE**

Else Margrete Rafoss

**PROSJEKTNUMMER**

102028652

**ANTALL SIDER**

64

**SAMMENDRAG**

Rapporten presenterer resultater fra en kvalitativ undersøkelse av ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner, gjennomført i januar/februar 2023. Det er gjort intervju med ledere og helseansvarlige i 18 institusjoner over hele landet og regionalt helseansvarlige i fire av fem barnevernsregioner, samt en dokumentstudie. Vi finner at godt over halvparten av institusjonene har erfaring med å motta ambulant psykisk helsehjelp, og at det varierer mye mellom institusjonene hvilket omfang og former for ambulante tilbud de har fått. Mange har gode erfaringer med ambulante tilbud, og ønske om økt tilgang til ambulant psykisk helsehjelp. Rapporten gir eksempler på ulike typer ambulante team, opplevd tilgjengelighet, fleksibilitet og nytte, og utfordringer barnevernet opplever knyttet til det å sørge for psykisk helsehjelp. Rapporten viser også at kommunale tjenester brukes i liten grad, og at det er stor enighet om at det vil være nyttig med mer samarbeid. Politikkdokumenter og tilsyn tyder på stor bevissthet om utfordringene knyttet til psykisk helse hos barn i barnevern, men lite konkretisering av strategi for å oppnå mål om mer ambulant psykisk helsehjelp.

**UTARBEIDET AV**

Marian Ådnanes, seniorforsker

SIGNATUR  
*Marian Adnanes*  
Marian Ådnanes (Mar 27, 2023 10:42 GMT+2)

**KONTROLLERT AV**

Kirsti Sarheim Anthun, seniorforsker

SIGNATUR  
*Kirsti Sarheim Anthun*  
Kirsti Sarheim Anthun (Mar 27, 2023 11:35 GMT+2)

**GODKJENT AV**

Øystein Risa, forskningssjef

SIGNATUR  
*Øystein Risa*  
Øystein Risa (Mar 27, 2023 12:49 GMT+2)

**RAPPORT NR.**

2023:00104

**ISBN**

978-82-14-07967-8

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Historikk

---

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1	2023-02-24	[Tekst]

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>5</b>
<b>Sammendrag .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Innledning.....</b>	<b>10</b>
1.1 Høy forekomst av psykiske lidelser blant barn i barnevernsinstitusjon .....	10
1.2 Styrking av ambulant psykisk helsehjelp til barn og ungdom .....	10
1.3 Ambulant psykisk helsehjelp – sammenheng med andre sentrale tiltak .....	11
1.4 Forskning og utprøving av samhandlingsmodeller .....	12
1.5 Juridisk grunnlag for ansvarsfordeling mellom helse og barnevern .....	12
1.6 Utvikling og variasjon i ambulante årsverk i BUP .....	13
1.7 Sentios kartlegging av helsetilbud i barnevernsinstitusjonene høsten 2022 .....	15
1.8 Mål med undersøkelsen.....	15
<b>2 Metode og gjennomføring .....</b>	<b>16</b>
2.1 Rekruttering til intervju.....	16
2.2 Utvalget av barnevernsinstitusjoner.....	16
2.2.1 Institusjonens lovgrunnlag/plasseringstype.....	17
2.2.2 Institusjonens avstand til BUP .....	18
2.2.3 Informanter i barnevernsinstitusjonene .....	18
2.3 Metodiske og faglige vurderinger i datainnsamlingen .....	18
2.4 Informanter i Bufetat – regionalt helseansvarlige .....	19
2.5 Dokumentstudie .....	19
<b>3 Barnevernsinstitusjonenes erfaring med ambulant psykisk helsehjelp .....</b>	<b>20</b>
3.1 Hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp, og hva kjennetegner den? .....	20
3.1.1 Ambulante team .....	20
3.1.2 Ambulant hjelp fra BUP, eller ambulante enkeltbehandlere .....	24
3.1.3 Nye/alternative typer team eller organisering.....	26
3.1.4 Digital behandling.....	29
3.1.5 Oppsummering – ambulante former for psykisk helsehjelp .....	29
3.2 Erfaringer med, og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp .....	31
3.2.1 Nyten av ambulant psykisk helsehjelp .....	31
3.2.2 Tilgang til ambulant psykisk helsehjelp i forhold til behovet .....	36
3.2.3 Store utfordringer – og betydning av samarbeidsavtalene.....	38
3.2.4 Kommunale tjenester – hva er deres rolle? .....	40
3.2.5 Oppsummering - erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp .....	41

<b>4</b>	<b>Regionalt helseansvarliges perspektiver på ambulant psykisk helsehjelp .....</b>	<b>44</b>
4.1	Regionalt helseansvarliges rolle og arbeidsmetodikk.....	44
4.1.1	Samarbeidsavtaler med regionale helseforetak, det enkelte helseforetak og lokale BUP'er .....	44
4.1.2	Samarbeidsforum og møteplasser for helseansvarlige i barnevernet .....	46
4.1.3	Eksempel på samarbeidsforum: HeBaF .....	46
4.1.4	Rapportering til Bufdir og Barne- og familiedepartementet på bruk av ambulante BUP-team.....	47
4.2	Regionalt helseansvarliges erfaringer med innhold og nytteverdi av det ambulante tilbudet til barn i barnevernsinstitusjon .....	47
4.2.1	Bruk av relasjonen miljøpersonalet har til ungdommene .....	48
4.2.2	Skolefravær og geografi.....	48
4.2.3	Veiledning fra psykisk helsevern til de statlige barnevernsinstitusjonene .....	48
4.3	Kommunehelsetjenestens rolle i helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjon.....	48
4.4	Status og planer framover .....	49
4.5	Oppsummering .....	50
<b>5</b>	<b>Dokumentstudie.....</b>	<b>52</b>
5.1	Om søket .....	52
5.1.1	Kategorisering og analyse.....	53
5.2	Historikk – utredning og forarbeider .....	54
5.3	Nåsituasjonen – Revisjoner, tilsyn og årsrapporter .....	55
5.4	Veien framover - politiske føringer og oppdrag.....	57
5.5	Oppsummering - dokumentstudie.....	58
<b>6</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>60</b>
6.1	Former for ambulant psykisk helsehjelp.....	60
6.2	Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp, barnevernets perspektiver .....	60
6.3	Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsetilbud, regionalt helseansvarliges perspektiver .....	61
6.4	Politikkdokumenter og tilsyn .....	62
<b>7</b>	<b>Litteratur.....</b>	<b>63</b>

## BILAG/VEDLEGG

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## Forord

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet (BFD) formål om å fremskaffe kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner, fra barnevernets perspektiv. Arbeidet inngår i en større satsing som skal bidra til bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet.

I prosjektet har vi intervjuet helseansvarlige og ledere ved barnevernsinstitusjoner, samt regionalt helseansvarlige i Bufetat. Vi har også gjennomført en dokumentanalyse.

Vi takker alle som stilte til intervju og delte sine erfaringer og sin kunnskap.

Trondheim, 24. februar 2023

Marian Ådnanes

Prosjektleder

## Liste over forkortelser brukt i rapporten

AMK – Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

Bufdir – Barne, ungdoms og familiedirektoratet

Bufetat - Barne-, ungdoms og familieetaten

BUP - Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

BUPA - Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

DBT – Dialektisk atferdsterapi

DPS – Distriktpsikiatrisk senter

OEM - omsorg og endringsmodellen

TSB – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## Sammendrag

### Mål

Formålet med denne rapporten er å fremskaffe kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner, ut fra barnevernets perspektiv. Følgende spørsmål belyses: Hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp mottar barn og unge på barnevernsinstitusjoner, hvordan foregår, og hva kjennetegner hjelpen som gis? Hva er institusjonsansatte sine erfaring med, og oppfatning av hjelpen som gis til barn og unge? Opplevs hjelpen som nyttig og tilstrekkelig? Hvordan beskriver barnevernet utfordringene i dette feltet, og samarbeidet med psykisk helsevern?

### Metode

Rapporten er basert på kvalitative intervjuer med ansatte i 18 barnevernsinstitusjoner over hele landet, og med regionalt helseansvarlige i Bufetat. Det gjøres også en dokumentstudie som gir et bilde av ambulant psykisk helsehjelp, slik det framgår "på papiret" - i politikktutforming og ved tilsyn.

Det ble sendt ut invitasjon til deltakelse på epost til samtlige barnevernsinstitusjoner i landet. Henvendelsen gikk til leder av institusjonen, og det ble lagt ved et brev fra Bufdir med redegjørelse for bakgrunnen for undersøkelsen og direktoratets behov for mer kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp, sett fra barnevernets perspektiver. Alle intervjuer ble gjennomført digitalt i Microsoft Teams.

### Resultater

#### *Former for ambulant psykisk helsehjelp*

Det ambulante psykiske helsetilbudet til ungdom i barnevernsinstitusjon består av ulike typer ambulante team med litt forskjellig organisering og tilknytning innen psykisk helsevern for barn og unge henholdsvis i distriktskykiatriske sentre (DPS) og i sykehus, og eksempler på team organisert fra Bufetat.

Godt over halvparten av de 18 institusjonene i vårt utvalg oppgir at de har hatt kontakt med ambulant team, men det varierer hvor mye kontakt det dreier seg om. Videre varierer det mye hvor tilgjengelig hjelpen fra ambulante team oppleves for barnevernsinstitusjonene. Undersøkelsen viser at det fins en rekke terskler for ambulant hjelp: krav om innsøking via BUP eller helseforetak, åpningstider, reisevei, type problematikk som innlemmes i hjelpen, varighet av tilbudet. Dette er faktorer av betydning for om institusjonene benytter det ambulante tilbudet. Også akutteamene har ulike terskler for det å dra ut av institusjonen. Problemet med at kriser gjerne oppstår utenom kontortid gjelder generelt, og nevnes av mange. Her er det ofte andre tjenester inne enn psykisk helsevern (AMK, legevakt og politi).

De fleste barnevernsinstitusjonenes erfaring er at BUP ikke kommer til institusjonen, men noen steder har enkeltbehandlere fra BUP lav terskel for å komme, enten det gjelder behandling eller veiledning. Det kan være BUP'en som er innrettet slik, eller behandleren som selv velger å dra ut av klinikken. Flere av barnevernsinstitusjonene har inntrykk av at BUP styres av krav om effektiv drift, og det å holde kostnadene nede, og at utstrakt ambulerende virksomhet dermed ikke kan prioriteres.

Ingen av institusjonene i undersøkelsen rapporterer om bruk av videokonsultasjon i noen særlig grad - kun sporadisk erfaring. Enkelte påpeker at det muligens kunne vært bra med et tilbud om videokonsultasjon for ungdommer som ikke ønsker å møte opp på klinikken. Andre mener at en taper mye i møte på skjerm, og tenker at det er uheldig for målgruppen.

#### *Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp, barnevernets perspektiver*

Så lenge det er språk mellom de som en oppfatter at trenger behandling, og de som får det, vil oppfatningen være at det trengs tiltak. Mange peker på nytten av tiltak fra psykisk helsevern for å senke



terskelen for deltakelse i et behandlingsopplegg. Det dreier seg mye om at institusjonene ønsker at BUP kommer til institusjonen for å skape trygghet og relasjon, for at ungdommen på sikt skal nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet.

Nytteverdien av ambulante tilbud er ikke ensbetydende med «på institusjonen» for alle. Flere institusjoner påpeker at en del ungdommer ikke ønsker behandling på institusjonen, av ulike årsaker, og flere forteller om ungdommer som foretrekker behandling på BUP-klinikken. Det som kan bety en lav terskel for noen ungdommer, kan utgjøre en høy terskel for andre. Dette viser at det er viktig med ungdommers medvirkning i behandling, og ta seg tid til å undersøke hva som er ønskelig arena for ungdommen. Generelt påpeker mange av institusjonene at det som er viktigst er en god relasjon mellom ungdom og behandler.

Nytten av ambulant psykisk helsehjelp, slik institusjonene opplever det, vil være avhengig av tidligere nevnte terskler for å få hjelpen, eksempelvis om det må søkes inn, åpningstider eller avgrensninger når det gjelder hvor langt man strekker seg geografisk. Det kan være nyttig å se nærmere på disse faktorene for å vurdere om det er mulig å gjøre det ambulante tilbudet mer tilgjengelig.

Alle institusjonene vektlegger nytten av veiledning fra psykisk helsevern for å styrke kompetansen innen psykisk helse, å få kunnskap om hvordan følge opp enkelte ungdommer og håndtere ulike situasjoner, og mange ser store fordeler av at veiledningen skjer på institusjonen. En viktig årsak de nevner er bedre informasjonsflyt og samarbeid omkring ungdommen. Det pekes på verdien av å øke kompetansen innen psykisk helse blant miljøpersonalet, og at det kan avhjelpe når det gjelder behovet for BUP.

De fleste institusjonene sier de har behov for mer ambulant psykisk helsehjelp enn de får i dag. Det er ikke noe tydelig mønster blant de få institusjonene som beskriver en god eller tilstrekkelig tilgang til ambulant hjelp. Den ene av disse påpeker at de har fått til et grunnleggende godt samarbeid mellom institusjonen og BUP, der de har fått avklart overfor hverandre hva institusjonen kan tilby, hva BUP kan tilby, og hva de kan få til sammen. En annen beskriver at de er svært godt ivaretatt av team fra «Stillasbyggerne».

Det store dilemmaet som gjennomgående beskrives av institusjonene er behovet for å lukke gapet mellom ungdommenes behov psykiske helsehjelp - og om ungdommen tar imot dette. Her oppleves utfordringer på grunn av manglende gjensidig forståelse mellom barnevern og psykisk helsevern om hva som er behovene, hva som er krise, og hvem som har ansvaret, hva som er barnevern og hva som er psykisk helse. Naturlig nok oppleves dette særlig ved akutte krisesituasjoner, og når en akutt innleggelse kommer i retur.

Det varierer mye hvordan samarbeidet er mellom institusjonen og BUP'en, og det varierer hvor aktivt det jobbes med samarbeidsavtalene. En av institusjonene beskriver hvordan de har prioritert å jobbe for å få til et godt samarbeid med BUP som kan inspirere til et mer aktivt forhold til samarbeidsavtalene, og muligheten for å påvirke på systemnivå.

Undersøkelsen viser at barnevernsinstitusjonene i liten grad samarbeider med kommunale tjenester med unntak av i akutte situasjoner der legevakt, AMK og av og til politi bistår. Barn i barnevernsinstitusjon skal få fastlege dersom vedkommende er fra annen kommune, eller at avstanden til egen fastlege tilsier det. Undersøkelsen viser at erfaringene med fastlegen for beboerne er varierte, og flere uttrykker at det er ønskelig med en fast fastlege for institusjonen for bedre kontinuitet og forståelse av ungdomsgruppen og deres kontekst. Helsepsykiatere på skolen og helsestasjon for ungdom benyttes til en viss grad.

### ***Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsetilbud, regionalt helseansvarliges perspektiver***

De regionalt helseansvarlige i Bufetat etterlyser en klarere definisjon og differensiering av ulike typer ambulant virksomhet når det gjelder rapporteringskrav til Bufdir/BFD på omfang av ambulante tjenester i barnevernsinstitusjonene. Slik statistikken foreligger per i dag er den for dårlig kvalitetssikret, og innholdet vil sprike for mye til å kunne sammenliknes. Det var enighet på tvers av regioner om at ambulant psykisk helsehjelp er nødvendig både for å sørge for fleksibilitet i behandling av den enkelte ungdom, men også for

å gi god veiledning til miljøpersonalet i institusjonen og kunne nyttiggjøre seg relasjonen miljøpersonalet har til ungdommene.

Inntrykket til de regionalt helseansvarlige var at det er store forskjeller mellom BUP'ene på hvor mye ambulans virksomhet de tilbyr. Dette mener de handler både om ledelse og kultur på poliklinikkene, men også om hvordan den enkelte behandler evner å skape seg handlingsrom til å drive ambulans virksomhet ute i institusjonene. Informantene var klare på at barnevernsinstitusjoner har behov for ambulante tjenester fra psykisk helsevern, særlig i forbindelse med akutte situasjoner, men det var også en generell oppfatning om at barn i barnevernsinstitusjon er en målgruppe man ikke nødvendigvis når best ved å tilby behandlingen på et kontor. Høyt skolefravær som følge av mange avtaler med flere instanser er et problem for barn som er i kontakt med barnevernet, særlig de som bor i institusjoner som ligger langt fra sentrale strøk. Det er også høye samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til at ungdommenes nettverk må kjøpes fri og reise inn til behandlingsstedet i tilfeller der nettverket skal involveres i deler av behandlingen.

Det var enighet på tvers av regioner om at det er for lite samhandling mellom de kommunale psykisk helse- og rustjenestene og institusjonene per i dag, og at dette er noe som skal tas tak i. Fastlegene må også kunne forventes å kjenne til, og å kunne koble på, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn i barnevernsinstitusjon. I intervjuene kom det fram forventninger til mer samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir etter innføringen av nasjonalt forløp for barnevern, og noen mente allerede å merke en positiv utvikling her.

### **Politikkdokumenter og tilsyn**

Dokumentgjennomgangen viste at det er stor bevissthet rundt utfordringene knytte til psykisk helse hos barn i barnevern, manglende motivasjon hos unge som en barriere, og viktigheten av bedre tilgjengelighet til psykisk helsehjelp. Ambulante tjenester nevnes jevnlig som løsning på å skape mer tilgjengelige tjenester, og fremheves også som positivt for å unngå å ta ungdommen ut av sitt eget miljø. Det er likevel få konkrete eksempler på ambulante tjenester som fungerer i praksis. Ambulante tjenester er heller ikke særlig framtrepende i oppdragsdokument eller tildelingsbrev. Inntrykket fra dokumentgjennomgangen er at, dersom en skal lykkes med å få en vekst i ambulans psykisk helsehjelp, bør dette komme tydeligere fram gjennom mer omtale, og konkretisering av strategier og innsats som forventes.

# 1 Innledning

Myndighetene arbeider strategisk for å bedre helsehjelp til barn i barnevern, herunder med en rekke tiltak for å sørge for god psykisk helsehjelp, blant annet styrking av ambulant psykisk helsehjelp (jf. punkt 9.2 i Prop. 73 L (2016-3027)). For å kunne videreutvikle og styrke tilbudet, har myndighetene behov for økt kunnskap om bruken av, og erfaringer med, ambulant psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjoner.

Formålet med denne rapporten er å fremskaffe kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner, ut fra barnevernets perspektiv. Rapporten ser på former for ambulant psykisk helsehjelp, hva som kjennetegner hjelpen, nytte og tilgang til ambulant hjelp i forhold til behovet, slik barnevernsinstitusjonene erfarer det, og hva som er regionalt helseansvarliges vurdering av tilbudet.

Rapporten er basert på kvalitative intervjuer med ansatte i 18 barnevernsinstitusjoner over hele landet, intervju med regionalt helseansvarlige i Barne-, ungdoms og familieetaten, Bufetat, samt dokumentstudier.

## 1.1 Høy forekomst av psykiske lidelser blant barn i barnevernsinstitusjon

Forskning nasjonalt og internasjonalt viser at det er høy forekomst av psykiske lidelser og vansker blant barn i barnevernsinstitusjoner, og at ikke alle nås med psykisk helsehjelp. I Norge viser Kayed et al sin studie fra 2015 at 76 prosent av ungdommene som deltok i undersøkelsen fylte kriteriene for minst én psykiatrisk diagnose (DSM-IV) i løpet av de siste tre månedene (Kayed et al., 2015). Studien viste at de mest utbredte diagnosene var depressiv lidelse, angstlidelse, ADHD (mellom 32-37 prosent) og Aspergers syndrom, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse (19-23 prosent). En stor andel fylte kriteriene for mer enn en diagnose. Samtidig viste studien at andelen som oppga at de hadde fått psykisk helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge/BUP var relativt lav – der 38 prosent av ungdommene (som fylte kriteriene for minst én psykiatrisk lidelse) oppga å ha fått spesialisert psykisk helsehjelp hjelp innenfor tidsrom på tre måneder. Tallene tolkes som at barn og unge på barnevernsinstitusjoner har udekkede behov for psykisk helsehjelp, og har vært retningsgivende i videre arbeidet med tiltak og forskning på området.

## 1.2 Styrking av ambulant psykisk helsehjelp til barn og ungdom

I oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet, anbefaler direktoratene flere tiltak for å sikre nødvendig helsehjelp, blant dem ambulante tjenester til barnevernsinstitusjonen (Helsedirektoratet, 2016).

Ambulante tjenester innenfor psykisk helsevern til barn og unge skal styrkes for å gjøre psykisk helsehjelp lettere tilgjengelig for barn i barnevernsinstitusjoner (Prop. 73 L (2016-2017)). Ifølge Prop. 73 L skal de ambulante tjenestene tilby både *utredning og behandling til beboerne i institusjonen*, og slik bidra til at barn som selv ikke ønsker å oppsøke et sykehus får hjelp der det bor. De ambulante tjenestene skal videre *veilede og følge opp de ansatte, slik at de på en best mulig måte kan ivareta det enkelte barns behov*.

Ifølge veileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) er hovedmålsettingene med ambulant behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge å bedre *tilgjengeligheten, øke fleksibiliteten* i tilbudene og sikre at pasienter får riktig tilbud på riktig nivå til riktig tid – og at behandlingen finner sted i pasientens eget miljø. Det framgår også av veilederen at ambulant behandling kan brukes både i akutte saker, avgrensede behandlingsoppdrag, i langtidsoppfølging av pasienter og overfor pasienter som ikke kan/vil møte poliklinisk. I forbindelse med ungdom i barnevernsinstitusjon vil det trolig være sistnevnte samt akutte saker som er mest aktuelt.

### 1.3 Ambulant psykisk helsehjelp – sammenheng med andre sentrale tiltak

Det framgår av Prop 73 L at ambulante tjenester må sees i sammenheng med andre tiltak som er satt i verk for å sikre utredning og videre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet. Dette gjelder etablering av *barnevernsansvarlig* i psykisk helsevern for barn og unge, og krav om *helseansvarlig* i barnevernsinstitusjoner, og *samarbeidsavtaler*. De regionale helseforetakene RHF, og Bufetats regioner samarbeider på området barnevern og psykisk helse (regionalt og lokalt nivå). Samarbeidsavtalene ble innført i 2017. Retningslinjer for helseansvarlig ble etablert i 2016, mens ordning med barnevernsansvarlig i psykisk helsevern er et nyere tiltak. Dette utgjør altså tre sentrale ordninger som forventes å ha stor betydning for at barn og unge i barnevern skal ha god tilgang på helsehjelp når det trengs. Helsedirektoratet og Bufdirs beskrivelse av formål for tiltakene gjengis kort under.

#### *Helseansvarlig i barnevernsinstitusjon<sup>1</sup>*

Formålet med helseansvarlig i barnevernsinstitusjon (på avdelingsnivå) er å bidra til at barna får nødvendig helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge veilederen skal helseansvarlig bistå leder i arbeidet med å utarbeide, implementere, evaluere og justere interne rutiner og prosedyrer som bidrar til at barna får nødvendig helsehjelp. Videre å kartlegge, planlegge, gjennomføre og evaluere opplæringstiltak for ansatte som bidrar til at barna får nødvendig helsehjelp. Helseansvarlig skal etablere og opprettholde godt samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved å bistå i arbeidet med å inngå og følge opp samarbeidsavtaler. Videre koordinere institusjonens/institusjonsavdelingens arbeid slik at barnas behov for helsehjelp ivaretas. Helseansvarlig skal være pådriver for at ansatte benytter og oppdaterer helsekortet i BIRK. Vedkommende skal gi råd og veiledning til ansatte ved spørsmål knyttet til barns rett til helsehjelp og ved behov bistå ansatte i kontakt med helsetjenesten, herunder bidra til å avklare hvem som hvem som kan samtykke til helsehjelp

#### *Barnevernsansvarlig<sup>2</sup>*

De regionale helseforetakene skal etablere barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge, for å ivareta samarbeid med barneverninstitusjoner. Oppgavene til barnevernsansvarlig er å være kontaktperson for den enkelte barneverninstitusjonen, og samarbeidspartner for helseansvarlig ved institusjonen. Videre å samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester, gi generelle råd og veiledning om psykisk helse, bistå med å etablere rutiner for å kartlegge behov for helsehjelp, bistå med å avklare behov for helsehjelp fra psykiske helsetjenester, bistå med å tilpasse helsehjelpen slik at den er fleksibel og tilpasset barnets behov

#### *Samarbeidsavtaler<sup>3</sup>*

De regionale helseforetakene (RHF) inngikk samarbeidsavtaler med Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) i 2017. Det enkelte helseforetak bør sørge for at det utarbeides samarbeidsavtaler mellom helseforetaket (den lokale BUP) og den enkelte barneverninstitusjon, som beskriver rutiner, ansvar og oppgaver knyttet til samarbeidet. Målet er å sikre god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene. Det heter at samarbeidet også bør omfatte kommunale helsetjenester. Samarbeidet bør blant annet omfatte rutiner for hvordan tjenesten skal samarbeide generelt og i enkeltsaker, ivareta barnets perspektiv og brukermedvirkning, utveksle opplysninger, innhente samtykke til helsehjelp mv. Videre å kartlegge behov for helsehjelp hos barn og unge i barneverninstitusjonen, sørge for bistand fra psykisk helsevern barn og unge ved akutte situasjoner, sikre kontinuitet og videre oppfølging ved flytting fra institusjonen, og evaluere samarbeidet.

<sup>1</sup> [Helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere - Retningslinjer | Bufdir](#)

<sup>2</sup> [Etablering av barnevernsansvarlig - Helsedirektoratet](#)

<sup>3</sup> [Helseforetaket bør sørge for at det utarbeides samarbeidsavtaler med de enkelte barneverninstitusjonene - Helsedirektoratet](#)

## 1.4 Forskning og utprøving av samhandlingsmodeller

Tidligere kunnskapsoppsummeringer av forskning som inkluderer samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern inngår har vist at dette er et krevende felt (Andersson et al., 2005; Fossum et al., 2014; Fossum et al., 2015). I 2015 ble det utarbeidet felles rundskriv (Bufdir/Helsedirektoratet, 2015) for å avklare hvilke rettslige rammer som gjelder for samarbeid mellom psykiske helsetjenester og barnevernet.

Det har vært utprøvd en rekke piloter for samhandling mellom barneverntjenesten og BUP for å sikre at psykiske vansker og lidelser oppdages, og at de får den helsehjelpen de har behov for.

I prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst ble det gjennomført tre piloter. Ifølge evalueringen oppnådde man økt samarbeid mellom BUP og barneverninstitusjoner, men med variasjon i hvor mange som var involvert i samarbeidet, hvor mange ungdommer det gjaldt og hvor detaljerte utredninger og behandlingsopplegg som ble gjennomført (Ruud & Weimand, 2018). Evalueringen ga forslag til felles modell for helsehjelp i barneverninstitusjoner.

Et pilotprosjekt som har til hensikt å styrke tilbudet til barn og unge med samtidig behov for omsorg fra barnevernet og psykisk helsehjelp er det såkalte "nytt integrert institusjonstilbud". I dette prosjektet piloterer to institusjoner i henholdsvis Søgne og Bodø en integrert modell, der helsepersonell, inkludert psykologer, fra helseforetakene har arbeidssted på institusjonene. Evalueringen av pilotprosjektet peker på styrker og svakheter med en slik integrert tilnærming (Melby et al., 2020).

Et tidligere eksempel på utprøving av samarbeidsmodeller mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge er en tverretattlig akuttjeneste i Kristiansand og omegn, hvor barnevernsvakta og akutt ambulant enhet ved Sørlandet sykehus er samordnet. Målet var å utvikle en samordnet, koordinert og behovstilpasset tjeneste til barn og unge og deres familier, med behov for hjelp i akutte kriser og i oppfølgingen etterpå. Evalueringen viste at en gjennom en rekke organisatoriske, administrative og faglige tiltak i stor grad har lyktes med å skape en samarbeidsplattform for en felles, tverretattlig akuttjeneste. (Ådnanes et al., 2016).

FACT Ung-team er under utvikling og utprøving, og her er det interessant hva som blir deres rolle overfor barn i barnevernets omsorg. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. FACT ung er en tilpasning av FACT-modellen og retter seg mot ungdom mellom 12- 25 år. FACT ung er også utviklet i Nederland, der ett team skal gi alle tjenester til ungdommen. Det framgår av utredning om FACT Ung at en viktig målgruppe vil være ungdom som er i kontakt med barnevernet - herunder også for barn på institusjon, men at det å være i barnevernsinstitusjon ikke alene gir grunnlag for verken inklusjon eller eksklusjon i FACT (Hatling, 2021). Evalueringen av FACT Ung-pilot (Nord-Baade et al., 2022) viser at unge med psykiske problemer/lidelser og rus, og som har kontakt med barnevernet, i liten grad har blitt rekruttert til FACT Ung-pilotene. Anbefalingen evalueringen gir er at henviser og FACT Ung-teamene bør sørge for at denne gruppen fanges opp og gis et tilbud i teamene. Det anbefales også at barnevernet bør delta i forprosjektfase og styringsgruppe for å skape en felles forståelse av modellen.

## 1.5 Juridisk grunnlag for ansvarsfordeling mellom helse og barnevern

Barn i barnevernet har rett til nødvendig helsehjelp fra den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på samme måte som andre barn. Helsetjenestene har ansvar for å oppfylle barn og unges behov for og rett til helsehjelp, mens barnevernet har plikt til å bidra for å sikre at barn i barnevernet får nødvendig helsehjelp. Barnevernstjenesten plikter å følge opp ethvert tiltak som iverksettes overfor barnet, og skal løpende vurdere om barnet får den hjelpen det trenger, jf. kapittel 8 i den nye barnevernsloven om oppfølging av barn og foreldre etter at barnevernstiltak er iverksatt (§§ 4-5 og 4-16 i gammel barnevernslov). I tilfeller der barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barnet, har barnevernstjenesten kompetanse til å samtykke til helsehjelp på barnets vegne, hvis barnet er under 16 år,

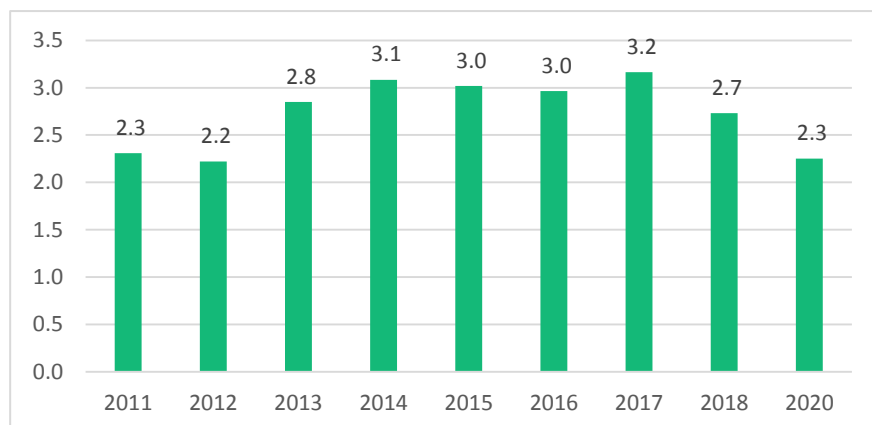
jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 fjerde ledd. Hvis barnevernstjenesten vurderer at barnet kan ha behov for helsehjelp, skal barnevernstjenesten be aktuell helsetjeneste om slik helsehjelp.

Barneverninstusjonene skal bidra til at det søkes om helsehjelp ved behov, følge opp behandlingstilbud, medisiner og samarbeide med de aktuelle helseinstitusjonene. Barneverninstusjonene har plikt til å sørge for at barnets rett til medisinsk tilsyn og behandling ivaretas, og skal ha rutiner som sikrer dette, jf. forskrift om krav til kvalitet og godkjenning av barneverninstusjoner § 10 (bokstav c) (§ 9 i gammel barnevernlov). Det vil likevel være helsetjenesten som vurderer om barnet har rett til helsehjelp og eventuelt hvilken hjelp som skal iverksettes overfor barnet.

Det følger av ny barnevernlov at barnevernstjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere slik at barnevernstjenesten og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift, jf. Lov om barnevern § 15-8 (Barnevernloven § 3-2 i gammel barnevernlov).

## 1.6 Utvikling og variasjon i ambulante årsverk i BUP

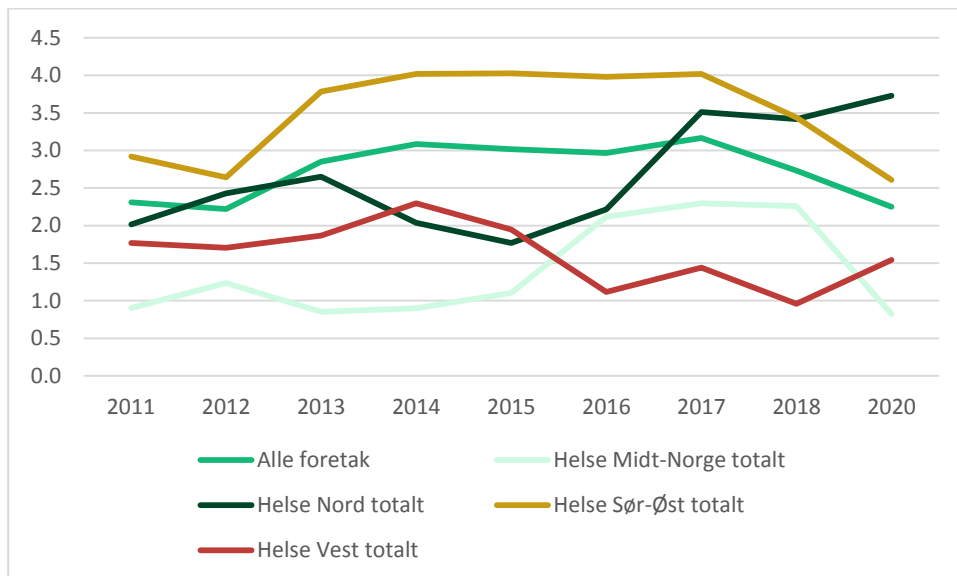
Hva viser Helsedirektoratets statistikk fra Samdata for ambulant personell i psykisk helsevern for barn og unge/BUP? Når det gjelder utdanning blant de som jobber ambulant, viser tallene at personer med høyskoleutdanning står for 55 prosent av årsverkene mens andelen psykologer er 35 prosent, og leger 6 prosent. Statistikken viser utvikling i årsverk (rate per 10000 innbygger) i perioden 2011-2020. Tallene må sees i lys av at det er utfordrende for tjenestene å skille på polikliniske og ambulante årsverk i sin rapportering.



**Figur 1 Utvikling i ambulant personell\* i BUP (rate per 10000 innbygger)**

\*Det er utfordrende for tjenestene å skille eksakt på størrelsen på årsverk som jobber poliklinisk eller ambulant, da de ofte jobber i begge typer virksomheter. Tallene i denne figuren, og i figur 2 og 3, må sees i lys av dette. Det er også knyttet usikkerhet til sammenlignbarheten mellom år for enkelte helseforetak. Dette kan være knyttet til ulike måter å ta ut og beregne antall årsverk på.

Helsedirektoratets tall viser at når det gjelder utviklingen i årsverk til ambulant behandling innen psykisk helsevern for barn og unge var det en vekst på nær 40 prosent i perioden 2011-2017. Deretter har veksten avtatt, og nivået i 2020 er på nivå med i 2011. Hvis vi ser nærmere på de enkelte regionene har utviklingen i ambulant personell falt i Helse Sør-Øst og Helse Midt, mens tallet steg litt i Helse Nord og Helse Vest fra 2018 til 2020 (SAMDATA).



**Figur 2 Utvikling i ambulant personell\* i BUP fordelt på helseregion og totalt (rate per 10000 innbygger)**

Figur 2 viser at det er variasjon mellom de ulike helseregionene når det gjelder personell i ambulant virksomhet i BUP. Det er Helse Sør-Øst som har hatt høyest rate (per 10000 innbygger) gjennom hele perioden 2011-2018, men i 2020 er det Helse Nord som har høyest rate.

Figur 3 viser variasjon mellom helseforetakene (HF) i 2020.



**Figur 3 Ambulant personell\* i BUP fordelt på helseforetak i 2020 (rate per 10000 innbygger)**

Samtidig som ambulante tjenester trekkes fram av regjeringen som et viktig virkemiddel for å sikre at barn og unge med psykiske helseplager skal få tilbud på riktig nivå til riktig tid, viser eksempelvis rapport fra Barneombudet til at det varierer hvorvidt de ulike BUP-ene arbeider ambulant, og at enkelte helseforetak bygger ned ambulante tjenester (Barneombudet, 2020). Rapporten viser til at BUP-ledere påpeker



manglende mulighet til å tilby ambulante tjenester, på grunn av arbeidspress på behandlere og manglende kapasitet til å reise ut, samt at reisetid ikke godtgjøres gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), og at man derfor taper inntekt av mye reising. Andre steder forteller behandlere imidlertid om stor frihet til å tilpasse behandlingsarena til barnets behov – at ambulant arbeid utenfor kontoret er satt i system, og at de har stor grad av frihet til å definere rammen for behandling.

### 1.7 Sentios kartlegging av helsetilbud i barnevernsinstitusjonene høsten 2022

På oppdrag fra Bufdir gjorde Sentio en kartlegging av helsetilbud til barn og unge i institusjon høsten 2022, herunder en rekke spørsmål med stor relevans for denne rapportens problemstillinger, og som vi derfor vil referere til innledningsvis. Det var 194 avdelingsledere som svarte (svarprosent på 61,4) (Sentio, 2022).

Sentios kartlegging viser at over halvparten, 54 prosent av avdelingene, svarer at de opplever at barna i liten eller svært liten grad får dekket behovet for døgnbasert utredning og behandling i psykisk helsevern. Videre at halvparten svarer at barna i liten eller svært liten grad får innleggelse ved behov. Kartleggingen viser at 11 prosent av barna ved barnevernsinstitusjonen i liten eller svært liten grad benytter seg av tilbudet hos BUP, 47 prosent i varierende grad, mens 40 prosent benytter det i stor eller svært stor grad. Når det gjelder samarbeid viser Sentio at 82 prosent har samarbeidsavtale med BUP, men at færre - 52 prosent har faste samarbeidsmøter med BUP. Videre at 65 prosent oppgir at de enten i varierende grad, liten eller svært liten grad opplever fleksibilitet i behandlingstilbudet hos BUP.

I underkant av halvparten av avdelingene svarer at BUP har behandlere som kan komme til institusjonen, vesentlig flere svarer dette der det dreier seg om omsorg for barn under 13 år, og færre dersom det er eldre barn. Noe under halvparten svarer at de ansatte mottar veiledning fra BUP, og her er det stor forskjell mellom type avdeling, der 86 prosent av omsorgsinstitusjoner for barn under 13 år oppgir at de får veiledning, mens kun 8 prosent av avdelingene hvor målgruppen er behandling rus svarer at de ansatte mottar veiledning fra BUP.

Når det gjelder *ambulerende team*, svarer om lag halvparten at de har tilgang til slikt team, mens 21 prosent oppgir at de ikke vet om de har tilgang til ambulerende team. Av de som oppgir at de har tilgang, oppgir 77 prosent at de har brukt ambulerende team. Det er interessant at kartleggingen viser at en vesentlig større andel av avdelingene i region Midt-Norge oppgir at de har tilgang på å bruke ambulerende team (75 prosent) sammenlignet med avdelinger i andre regioner (6-56 prosent). Videre er det få avdelinger i region Nord som oppgir tilgang til ambulerende team (6 prosent), og 47 prosent av avdelingene i region Nord vet ikke om de har tilgang. Disse forskjellene regionvis stemmer dårlig overens med Samdata-statistikken over ambulante årsverk i regionene, uten at vi har et godt svar på hvorfor det er slik (bortsett fra at det bekrefter at Samdata-tallene må leses med varsomhet fordi det kan være vanskelig å skille mellom polikliniske og ambulante årsverk når statistikk registreres i psykisk helsevern).

### 1.8 Mål med undersøkelsen

Formål med rapporten er å fremskaffe kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner, fra barnevernets perspektiv. Følgende spørsmål belyses: Hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp mottar barn og unge på barnevernsinstitusjoner, hvordan foregår, og hva kjennetegner hjelpen som gis? Hva er institusjonsansatte sine erfaringer med og oppfatning av hjelpen som gis til barn og unge? Opplevs hjelpen som nyttig og tilstrekkelig? Hvordan beskriver de utfordringene i dette feltet, og samarbeidet med psykisk helsevern? Hva er regionalt helseansvarlige sine perspektiver når det gjelder ambulant psykisk helsehjelp?

I tillegg gjøres en dokumentstudie for å gi et bilde av bekrivelser av – og erfaringer med - ambulant psykisk helsehjelp, slik det framgår "på papiret" i politikuttforming og ved tilsyn.



## 2 Metode og gjennomføring

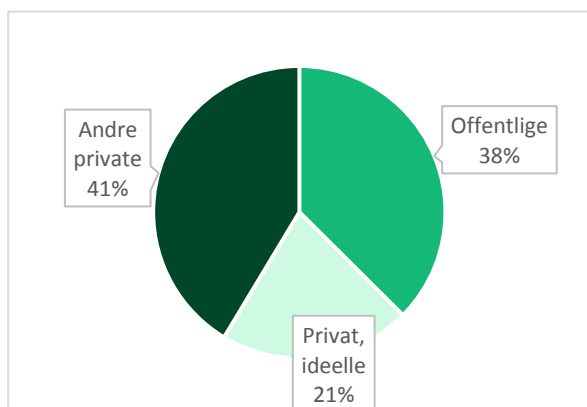
Datagrunnlaget i rapporten er intervjuer med ledere og helseansvarlige ved 18 barnevernsinstitusjoner og regionalt helseansvarlige i Bufetat samt gjennomgang av offentlige politikkdokumenter og tilsyn.

### 2.1 Rekruttering til intervju

Prosjektet planla for et utvalg på tjue barnevernsinstitusjoner, fordelt på de fem regionene. I tillegg intervju med de oppnevnt helseansvarlige regionalt i Bufetat. Det ble sendt ut invitasjon til deltakelse på epost til samtlige barnevernsinstitusjoner i landet. Henvendelsen gikk til leder av institusjonen, og det ble lagt ved et brev fra Bufdir med en kort redegjørelse for bakgrunnen for undersøkelsen – og direktoratets behov for mer kunnskap om ambulant psykisk helsehjelp sett fra barnevernsinstitusjonenes perspektiver. Alle intervjuer ble gjennomført digitalt i Microsoft Teams.

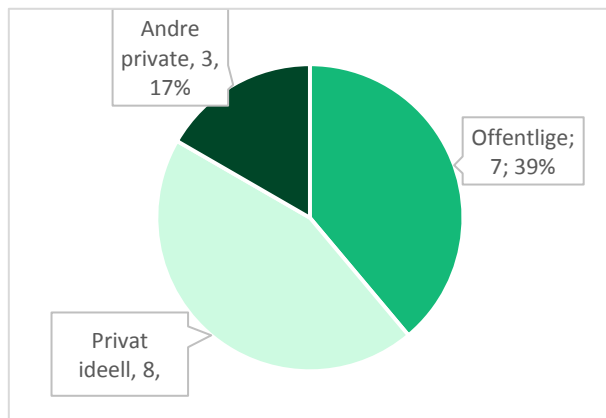
### 2.2 Utvalget av barnevernsinstitusjoner

Prosjektet tok sikte på å rekruttere antall institusjoner noenlunde i forhold til hvordan antallet institusjoner fordeler seg mellom type institusjon – om den er offentlig, privat ideell eller privat, og mellom regionene. Figurene under viser hvordan fordelingen er mellom regionene i hele populasjonen av barnevernsinstitusjoner (Figur 4 med tall fra SSB), og fordelingen i vårt utvalg (Figur 5).



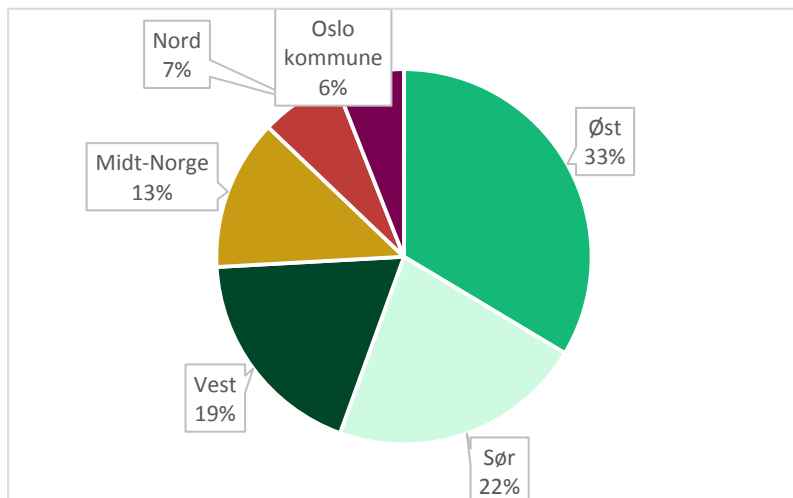
**Figur 4 Barnevernsinstitusjoner totalt i landet (godkjente og kvalitetssikrede plasser (2021))**

Det lyktes å rekruttere 18 institusjoner til å delta i undersøkelsen. Figur 5 under viser at av de 18 institusjonene var sju offentlige (Bufetat), åtte ideelle og 3 private. Det vil si at det deltok litt flere «private ideelle» og litt færre «andre private» i forhold til offentlige.

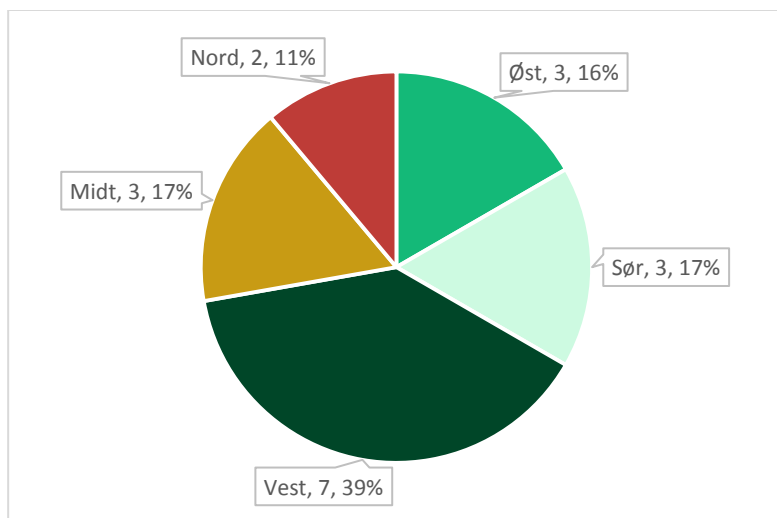


**Figur 5 Barnevernsinstitusjoner i denne undersøkelsen (n=18). Antall og prosent.**

Figur 6 under viser SSBs statistikk over godkjente og kvalitetssikrede plasser i barnevernsinstitusjoner totalt i landet, og hvordan fordelingen er mellom regionene. Figur 7 viser hvordan fordelingen av institusjoner er i vårt materiale.



**Figur 6 Barnevernsinstitusjoner totalt i landet (godkjente og kvalitetssikrede plasser) fordelt på regioner + Oslo kommune. Prosent, 2021**



**Figur 7 Barnevernsinstitusjoner i vårt utvalg fordelt på regioner. Antall og prosent.**

Det er flest barnevernsinstitusjoner i Region Vest, sju institusjoner, som er representert i vår undersøkelse. Tre er i Region Øst, som dermed er litt dårlig representert i forhold til antallet plasser som fins i regionen. Utvalget har to institusjoner i Nord og tre i Sør.

### 2.2.1 Institusjonens lovgrunnlag/plasseringstype.

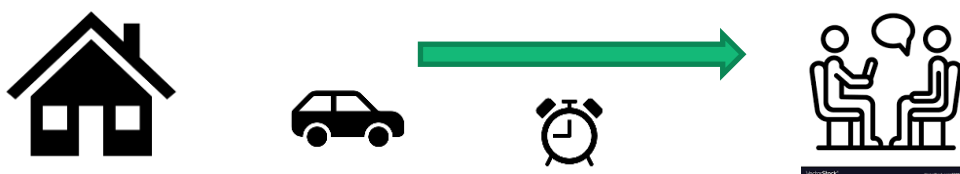
Institusjonstilbudet er inndelt i tre kategorier med grunnlag i lovhjemmel for plasseringen; omsorgsinstitusjon, behandlingssinstitusjon og akuttinstitusjon. Behandlingsinstitusjonene er differensiert i tre målgrupper: atferdsinstitusjon for barn med lav (atferd lav) og høy (atferd høy) risiko for videre

problemutvikling, samt institusjon for rusbehandling. Vårt utvalg består av informanter fra 13 omsorgsinstitusjoner og seks atferdsinstitusjoner, hvorav fire avdelinger innen rus.

### 2.2.2 Institusjonens avstand til BUP

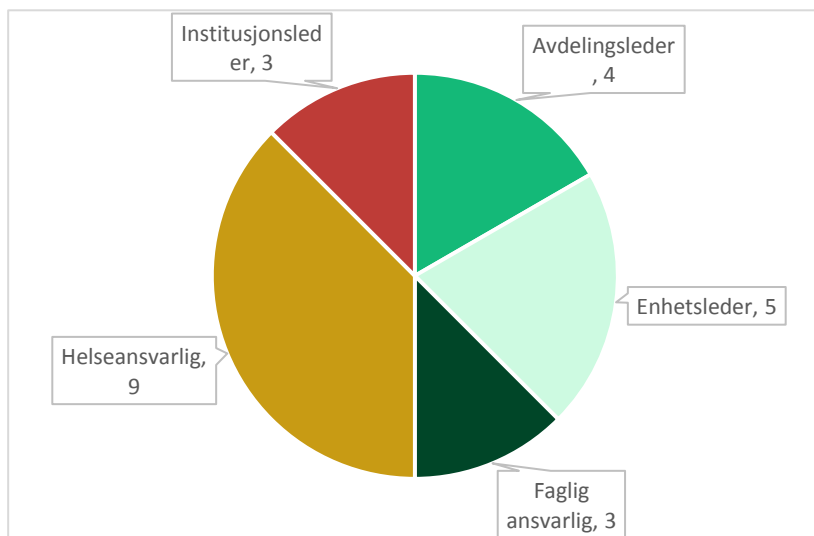
Det varierte hvor lang avstand barnevernsinstitusjonene hadde til BUP, fra at BUP befant seg i nabobygget til en lengre reise som også inkluderte båt. Sju av institusjonene lå innafor et kvarters kjøretid, tre innafor 45 minutter, mens de øvrige hadde lengre reisetid. Ingen i utvalget hadde lengre reisetid enn to timer en vei.

**Figur 8 Avstand mellom barnevernsinstitusjon og BUP**



### 2.2.3 Informanter i barnevernsinstitusjonene

Vi ba om å få intervjuet helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonen og /eller leder med innsikt når det gjelder ambulant behandling ved institusjonen. Det ble gjennomført intervjuer med en eller to ansatte ved hver institusjon, enten en helseansvarlig eller en leder, eller begge deler. Tabellen under viser oversikt over antall digitale intervjuer, og stilling hos de som ble intervjuet.



**Figur 9 Stilling hos informantene fra de 18 barnevernsinstitusjonene. Antall (n=24).**

Blant de 24 som ble intervjuet fra institusjonene er det ni med rolle som helseansvarlige, tolv ledere på ulike nivå og tre med stilling som faglig ansvarlig.

## 2.3 Metodiske og faglige vurderinger i datainnsamlingen

Ettersom prosjektet hadde varighet på kun seks uker, la dette føringer på hvilke muligheter for datainnsamling som var tilgjengelig. Det ble gjort en anonym undersøkelse rettet mot barnevernsinstitusjonene med intervjuer der en forsker stilte spørsmål, og en forsker noterte informantens svar underveis. Når det gjelder representativitet, og derav muligheten for generalisering,

har oppdragsgiver vært tydelig på at man ikke har hatt til hensikt å fremskaffe kunnskap som kan generaliseres til hele institusjonspopulasjonen.

Når det gjelder *valg av informantgrupper*, har oppdraget vært avgrenset til barnevern, det vil si at det i dette prosjektet ikke skulle gjøres intervjuer rettet mot helsetjenesten og ikke barn og unge. Dette av hensyn til tiden tilgjengelig. Det sentrale har vært barnevernsinstitusjonenes perspektiv.

Kunnskap om *barn og unges erfaringer* har blitt innhentet indirekte ved at de ansatte i barnevernsinstitusjon er stilt spørsmål om barns behov og reaksjoner på helsehjelpen, slik de ser det til daglig.

## 2.4 Informanter i Bufetat – regionalt helseansvarlige

Det ble sendt ut forespørsel om Teams-intervju med regionalt helseansvarlige i Bufetat i alle fem regioner i januar 2023. Vi fikk svar fra alle regioner, men grunnet kort tidsramme og ferieavvikling hos aktuelle informanter i én av regionene, lot det seg bare gjøre å gjennomføre intervju i fire av fem regioner. I alle regionene stilte det to informanter, slik at vi til sammen har intervjuet 8 personer. Det deltok to forskere i hvert intervju, der den ene ledet intervjuet og den andre noterte. Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide, og tok for seg følgende tema:

- Regionalt helseansvarliges rolle og arbeidsmetodikk
- Erfaringer med innhold og nytteverdi av det ambulante tilbudet til barn i barnevernsinstitusjon
- Regionalt helseansvarlig sin mulighet til å påvirke det ambulante helsetilbudet til institusjonene
- Kommunehelsetjenestens rolle i helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjon
- Status og planer framover

Intervjuene ble tematisk analysert på tvers av regionene.

## 2.5 Dokumentstudie

I tillegg til datainnsamling ved intervjuer har vi gjennomført en analyse av relevante dokumenter. Dokumentstudier, eller dokumentanalyse, er en kvalitativ forskningsmetode, der målet er å foreta en analyse av innholdet i utvalgte dokumenter, og deretter strukturere og oppsummere hva de sier om ulike spørsmål (Tjora, 2012). Dokumentanalysen baserer seg på et bredt søk i aktuelle søkeplattformer i perioden 2018 til dags dato. Søket er nærmere beskrevet i kapittel 5.

### 3 Barnevernsinstitusjonenes erfaring med ambulant psykisk helsehjelp

I det følgende presenteres resultater fra intervjuer med de 18 barnevernsinstitusjonene som har deltatt i undersøkelsen om deres erfaringer og behov i tilknytning til ambulant psykisk helsehjelp: hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp barn og unge på barnevernsinstitusjoner mottar, herunder hvordan hjelpen gis og hva som kjennetegner hjelpen. Videre hva som er institusjonsansatte og andre relevante aktørers erfaring med og oppfatning av hjelpen.

#### 3.1 Hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp, og hva kjennetegner den?

Vi har hatt en bred tilnærming til spørsmålet om hva som oppfattes som ambulant psykisk helsehjelp i intervjuene med barnevernsinstitusjonene i forsøk på å fange opp alt som kan være aktuelt. Dette ved å starte ut med spørsmålet: «*Kan du beskrive hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp som tilbys ved institusjonen?*» Videre om eventuelt ambulant tilbud gis gjennom ett eller flere team, om den eller de BUP'ene som institusjonen samarbeider med tilbyr ambulant behandling eller veiledning, om andre tjenester er involvert i ambulant, og om det tilbys digital behandling.

I det følgende presenteres barnevernsinstitusjonenes svar på disse spørsmålene. Først gjennomgås eksempler for å belyse former for ambulant hjelp – hva som i hovedsak er innholdet, og hvordan institusjonene vurderer det ambulante tilbudet.

##### 3.1.1 Ambulante team

Det fins flere ulike former for ambulant teamorganisering innen psykisk helsetjeneste rettet mot barn og unge. Det fins ambulante team innen psykisk helsevern henholdsvis i Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og i sykehus – herunder akutt ambulante team, det fins ambulante samarbeidsteam på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Videre fins det mer enkeltstående tiltak som jobber ambulant, som «Stillasbyggerne» (tilknyttet Ahus), som særlig er rettet inn mot barnevern.

Godt over halvparten av de 18 institusjonene i vårt utvalg oppgir at de har hatt kontakt med ambulant team, men det varierer hvor mye kontakt det dreier seg om. Noen forteller om kun ett eller to tilfeller av kontakt mens andre har mye mer kontakt. Når det gjelder omfang av ambulant psykisk helsehjelp er det nyttig å se til Sentio sin kartlegging (Sentio, 2022), der 194 avdelingsledere deltok, presentert innledningsvis i rapporten. Sentios kartlegging av psykisk helsetilbud i barnevernsinstitusjoner viser at nesten halvparten av institusjonene oppgir at de har tilgang på ambulerende team, og at 77 prosent av disse svarer at de har brukt teamet. Kun 15 prosent oppgir at de har brukt teamet ofte, 43 prosent av og til, og 32 prosent sjelden eller svært sjelden.

##### **Ambulante team - varierende tilgjengelighet og fleksibilitet**

Det varierer hvor tilgjengelig hjelp fra ambulante team er, slik ansatte ved barnevernsinstitusjonene erfarer det. Noen steder må det søkes inn via BUP mens andre steder er dette ikke nødvendig, og fungerer mer lavterskel. Det varierer videre hvor fleksibelt teamet er når det gjelder å avslutte behandlingstilbudet, dersom det skjer at ungdommen ikke møter til time flere ganger. Det varierer også hvor tilgjengelig teamene er når det gjelder type problematikk hos ungdommen. Enkelte er også avgrenset til spesifikke diagnoser, for eksempel spiseforstyrrelse.

I det følgende gis eksempler på ulike typer av terskler til det å få psykisk helsehjelp fra ambulant team, slik barnevernsinstitusjonene opplever det, og eksempler på fornøyde og misfornøyde med tilbudet de har. I eksemplet med BV 4 under forteller ansatte at de har oppfølging og god hjelp fra ambulant team, men også at det er en terskel ettersom de må søke via BUP, og at de mener det ville vært fint om flere kunne få benytte tilbudet.

**BV 4:** Institusjonen forteller at ambulant team (refereres til som «psykoseteamet») gir både behandling ambulant og veiledning til ansatte ved institusjonen. Tilbudet er ikke avgrenset til psykoser, men kan ifølge institusjonen benyttes ved ulike tilstander og ved "høy vegring", der man ser stort behov og stor risiko. Det er snakk om å ta ambulant team i bruk der man ser at ungdommen ikke ønsker BUP, at man opplever at man får ikke tilgang til ungdommen. Målet er at ungdom som har behov for psykisk helsehjelp skal få behandling i poliklinikk (BUP), og den ambulante psykiske helsehjelpen kan dreie seg om ulik lengde. Det er likevel ikke gitt at de får tilbudet. Det er en terskel at det må søkes via BUP, noe som gjør at det ikke er så mye brukt. Det er også avhengig av behandlers valg hvorvidt ambulant hjelp blir gitt fra BUP'en - og oppleves mer personavhengig enn avhengig av BUP som system. *"Ikke gitt at vi får dette tilbudet"*. Det er vanligere at de får behandling i klinikk.

Institusjonen er veldig fornøyd med tilbudet, og mener ambulant hjelp skulle vært en mulighet for flere. Utfordringene er særlig i forhold til innleggelses, i krisesituasjon – når noe har blitt akutt vanskelig, og når en akutt innleggelse kommer i retur.

Mens BV 4 over er godt fornøyd til tross for terskelen med å få hjelp til flere ungdommer, er BV 5 under mye mer kritisk til det de oppfatter som et ambulant team med begrenset tilgjengelighet i forhold til behovet som de ser hos ungdommene.

**BV 5:** Institusjonen beskriver at alle ungdommene ved institusjonen har en psykisk helseproblematikk - alle burde hatt behandling, men at ikke alle vil ha det. De oppfatter at tilgjengelighet til ambulant behandling er svært avhengig av hvilken problematikk ungdommen har. Det dreier seg om mer alvorlige psykiske diagnoser, sammensatt diagnose, alvorlig voldshistorikk. I enkelte tilfeller kommer ambulant team til institusjonen for å veilede og utrede, eller gjøre risikovurderinger. Et ressursteam har samtaler med ungdommen og foreldrene. Ressursteamet er knyttet til ambulerende team i BUPA [Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling]. Ungdommene skal i utgangspunktet ha to behandlere i teamet. Det heter at behandlingen avsluttes (man skrives ut) dersom ungdommen ikke møter tre ganger, men erfaringsvis praktiserer ikke teamet dette før etter fire-fem ganger. Tilbudet er ikke tidsbegrenset, men ved behov, og blir avsluttet når behovet ikke lengre er der. Når det gjelder BUP gir ikke behandlerne der et ambulant tilbud, men unntaksvis har behandler på BUP kommet til institusjonen, og har også deltatt møter ved behov. Dette er dog sjelden, og man oppfatter ved institusjonen at det er fordi det er tidkrevende. De har åpen dør til innleggelse på BUPA. Imidlertid er de svært frustrert over det de oppfatter som for tidlig utskrivning fra BUPA, som oppleves håpløst. De er også kritiske til at det er typisk i akutte situasjoner, der ungdommen går via legevakt til BUPA, men så sendes hjem igjen, selv om barnevernsinstitusjonen vurderer det som kritisk.

Institusjonen vurderer tilbudet som altfor dårlig totalt sett, selv om det er positive erfaringer knyttet til en enkelt ungdom som følges opp av ambulant team. De vurderer at det er høy terskel for å få hjelp.

Et utbredt problem, som nevnes av flere, er at tilbudet i psykisk helsevern for barn og unge, inkludert ambulante team, som regel er avgrenset til tilbud på dagtid. BV 14 har erfaring med et ambulant team som er fleksibelt når de nevner dette.

**BV 14:** Institusjonen har samarbeid med BUP og med BUPA, og ambulante team – inkludert et ambulant team som jobber kun opp mot institusjoner. De har hatt samarbeidsmøter for å skape forståelse for hverandres kontekst. Ambulant team jobber både direkte med barn og unge på institusjonen og med veiledning av ansatte. Det er ingen tidsbegrensinger på ambulant team, men satt etter behov. Dersom ungdommen ikke ønsker ambulant team, brukes teamet til veiledning av personalet i stedet. Det er to stykker som jobber i teamet, og så kobler de på folk etter litt ulike utfordringer. Ambulant team deltar også i ansvarsgruppemøter. Behandlere ved BUP derimot er i

liten grad på institusjonen. Ved akutsituasjoner brukes legevakt og øyeblikkvurdering ved BUPA (sykehus).

BV 14 vurderer tilbudet de får, når det gjelder ambulant psykisk helsehjelp, som bra sånn overordnet sett, men nevner det som et problem at hjelpen kun er på dagtid. Også opptatt av at ungdommen får mye fravær på skolen, noe som ikke er ønskelig. De mister fort en skoledag ved en konsultasjon. Nevner også at de skulle ønske at ansatte i BUP kunne kommet seg mer ut (til institusjonen eller nærmiljøet) fordi det er vanskelig for ungdommene å sitte på kontoret i samtaleterapi.

Problemet med at kriser gjerne oppstår utenom kontortid gjelder generelt, og nevnes av mange. BV 11 har erfaring med at andre tjenester enn psykisk helsevern stiller opp i kriser utenom kontortid. Dette kombinert med et tett samarbeid med BUP.

**BV 11:** Mener de er i en særstilling med å få psykisk helsehjelp på institusjonen på grunn av et tett samarbeid med BUP. Har hatt mange former for ambulant arbeid, inkludert ansatte fra BUP som har kommet på institusjonen for å veilede og motivere ungdommen. BUP er mye på møter på institusjonen- er med på ansvarsgruppemøter. «*De kan veien*». Når det gjelder kriser og akutt kveld og helg har de et godt samarbeid med «blålysgruppe» bestående av institusjonen, AMK [akuttmedisinsk kommunikasjonsentral], legevakt, politi og BUP som benyttes ved ekstreme saker. De har også benyttet hjemmetjeneste kommer med medisiner, tvangsinnleggelse der de ikke har fått benyttet egen BUP. De har stilt opp på kveld, helg for å ordne ambulanse osv.

Opplever at de har et godt og stabilt samarbeid med BUP, at utviklingen har vært god – det har blitt et mer skreddersydd tilbud som passer for ungdommen. Nevner også nyopprettet Ambulant støtteteam (AST), Bufetat's eget støtteteam.

### **Ambulante akutteam – ulik terskel for hjelp også her**

Ambulante akutteam er etablert i psykisk helsevern i Norge for å kunne gi rask hjelp i psykiske kriser. Dette er definert som spesialiserte tverrfaglig team som har som oppgave å vurdere pasienter som henvises med akutt psykisk krise til psykisk helsevern, som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet (Helsedirektoratet, 2014).

Det framgår av vår undersøkelse at også de ambulante akutteamene har ulike terskler for å komme til institusjonen, slik barnevernsinstitusjonene opplever det. Det fins eksempler på at ambulant akutt team ikke drar ut der avstanden er for stor. Dette kan synes som et paradoks, og frustrerende for institusjoner som opplever at de kunne hatt god nytte av ambulant tilbud, men som ikke får det fordi de ligger for langt unna. Eksempel er følgende barnevernsinstitusjon **BV 6**, har to timers reisetid fra sykehus og BUP. Dette er en institusjon rettet mot ungdom med rusproblematikk.

**BV 6:** Institusjonen har tilbud om et ambulant akutteam som skal være «lavterskel» – det trengs ikke henvisning fra BUP. Dilemmaet for institusjonen er at det virker som om teamet har en viss radius – at de ikke drar ut til institusjonen på grunn av at det er for lang reisevei. Institusjonen kan komme til dem for vurdering av psykose og selvmordsfare, men det er sjelden de gjør det. Der det er behov for akutt hjelp – i krisetilfeller, for eksempel i grensetilfeller rus og psykiatri, så bruker de lokal legevakt og ambulanse. For øvrig har de et team i TSB [Tverrfaglig spesialisert rusbehandling] som rykket ut en gang. De oppfordrer de som har flyttet ut eller som er i en utflyttingsfase til å ta kontakt med ambulant akutteam - da dette skal være et lavterskeltilbud - skal være lett å ta kontakt.

Institusjonen vurderer at tilbudet når det gjelder psykisk helsehjelp generelt er for dårlig. Det typiske er at ungdommene har behov for behandling, men ønsker det ikke. De mener de skulle hatt psykologtjeneste lettere tilgjengelig. De har kun ambulanse og politi ved akutte situasjoner. De opplever også at det er en høy terskel for innleggelse.

Denne barnevernsinstitusjonen, BV 6, har samme ambulante akutteam tilgjengelig som BV 13, presentert under. En viktig forskjell mellom institusjonene er geografisk plassering. Mens BV 6 har lang avstand til teamet, har BV 13 kort avstand, og en helt annen beskrivelse av tilgjengelighet og samarbeid med teamet. En annen forskjell som kanskje kan ha betydning for at tilbudet vurderes ulikt, er at BV 13 er omsorgsinstitusjon mens BV 6 er såkalt atferdsinstitusjon rettet mot ungdom med rusproblematikk.

**BV 13:** Institusjonen bruker ambulant akutteam tilknyttet sykehuset, som har vært koblet på ved behov. Hadde en kontaktperson derfra som kom og presenterte seg på institusjonen for å gjøre seg kjent. Dette er en god samarbeidspartner - spesielt i akutsituasjoner. Det varierer på behovet om de rykker ut eller ikke. Dersom det er akutt/risiko (men ikke 113) har man drøftet mye med teamet. Da kan de komme på institusjonen og ta en samtale med ungdommen. De rykker som regel ut, de kommer alltid to personer - og det er som regel de samme personene. De bidrar også inn i ansvarsgruppemøter. Bruk av ambulant team er avhengig av sakens alvor. Mest akutt, men institusjonen har også erfaring med ett tilfelle av oppfølging i ett halvt år (kronisk suicidalitet). Ungdommen likte godt personene fra ambulant team. Ellers har de brukt teamet mest i den akutte fasen og en oppfølgingsamtale. Har ikke veiledning fra teamet.

Institusjonen er veldig fornøyd med teamet, og med tilgangen til dem. Beskriver at tilbudet var litt redusert under COVID-19 pandemien, litt utfordrende da, men utenom det - ikke noe manglende behov. De opplever det også som helt greit for ungdommene å dra til BUP. Det er tett kontakt mellom institusjonen og behandlere i BUP.

Flere institusjoner i vår undersøkelse rapporterer om svært lite kontakt med ambulante akutteam, men opplever det som svært positivt i de tilfellene der en har hatt slik kontakt – og peker på fordelene med å unngå den dramatikken som oppstår med legevakt/AMK/politi, som følgende institusjon legger vekt på.

**BV 8:** Har hatt ett tilfelle med samarbeid med ambulant akutteam, der de har kommet til institusjonen for samtale med beboer. Institusjonen fikk først kontakt i forbindelse med legevakt som mente ambulant akutteam kunne være aktuelt. Dette gjaldt suicidalitet – det var derfor at legevakt var kobla på først, og deretter ambulant akutteam. De fikk tilbud om ambulant akutteam flere ganger, men beboer ønsket ikke. Da fikk de ansatte veiledning på telefon i stedet. De opplevde dette som en god plan for denne beboeren, og for å unngå legevakt, men også for personalet som skulle ta beslutningene. Ulempen ved legevakt er at de som oftest ikke er kjent med saken. Mener de kunne ha brukt det ambulante akuttilbudet oftere med tanke på andre beboere ved institusjonen.

Ikke all ambulant psykisk helsehjelp trenger å foregå på selve barnevernsinstitusjonen. Ett eksempel på dette er et akuttambulante ungdomsteam (lavterskel) som er tilknyttet sykehuset. Institusjonen beskriver at det akuttambulante ungdomsteamet som de har kontakt med har sine møter «overalt» – der det måtte passe for ungdommen.

**BV 3** – Ved denne institusjonen er det tre ungdommer. En går regelmessig til BUP, en ønsker ikke, og en har nylig avsluttet tilbudet ved BUP. De benytter akuttambulante ungdomsteam som er tilknyttet sykehuset før fast behandler ved BUP er på plass og i akutte tilfeller - i påvente av noe annet, og overfor de som ikke ønsker å gå fast til behandler. En ungdom fikk oppfølging fra både ambulant team og poliklinisk behandling. Ansatte ved institusjonen tar kontakt med leder av det ambulante teamet i de sakene det er aktuelt, og så fordeles behandler ut fra problemstillingen. Som regel er det en til to personer som har samtale med ungdommen. Det varierer hvordan møtene foregår: på institusjonen, på cafe, går tur etc., eller at ungdommene har kommet til dem. Det er litt av alt. De opplever at det ofte må jobbes med ungdommen for å komme i posisjon for videre poliklinisk behandling.

Institusjonen er veldig godt fornøyd med sitt ambulante akutteam som de har tilgjengelig. De vurderer at det er bra tilgang til hjelp og en lav terskel for å ta en telefon.



Noen institusjoner forteller om erfaring med ambulant oppfølging ved spesifikke lidelser, som for eksempel spiseforstyrrelser, og nytten av at teamet kommer inn i institusjonen og utreder, observerer og gir veiledning til personalet.

**BV 7:** BUP akutt eller BUP poliklinikk er ikke de som er mest på tilbudssida, men når ungdommene skal til spesialister, er de mer på tilbudssida. Det har vært i enkelttilfeller, men når trykket er kjempehøyt og det er mange instanser inne, og når BUP akutt eller BUP poliklinikk også er med og pusher på at det trengs mer, da opplever vi at det åpner seg flere veier inn. Så kan det være utredende instanser fra sykehuset inne i bildet som kan komme og observere. For eksempel der et barn sleit med spiseforstyrrelse. Fikk ikke barnet inn i institusjon, men de sendte folk til oss for å gjøre samme observasjonen. Det kan være et tidsbegrensa ambulant tilbud der det også gis veiledning til personale – de ofte på tilbudssida når det gjelder veiledning, men det er noe med å gi det i konkrete situasjoner der de også kan observere personalet. Det handler litt om hvilket tilbud de gir, for eksempel ved spiseforstyrrelser er det en foreldreveiledning som de tilbyr hvor det faktisk er oss ansatte de gir hjelpen, og ikke barnet, at de kommer inn og ser hvordan vi gjør det, og da er det enklere at de kommer til oss.

### 3.1.2 Ambulant hjelp fra BUP, eller ambulante enkeltbehandlere

Veileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) anbefaler at alle helseforetak etablerer enten ambulante team eller øremerker stillinger til denne arbeidsformen. Vi spurte barnevernsinstitusjonene om hvilke erfaringer de hadde med «sin» BUP når det gjaldt arbeidsform – hvorvidt behandlere kom til institusjonen i noen sammenhenger, enten i forbindelse med møter, behandling eller oppfølging av ungdommer som var henvist BUP'en – eventuelt møtte ungdommen på andre arenaer enn på klinikken, og om BUP-behandlere kom til institusjonen i forbindelse med veiledning til de ansatte. Videre hvorvidt ambulant tilbud fra BUP'en i det hele tatt var ønskelig, og noe man eventuelt etterlyste fra institusjonens side.

Undersøkelsen tyder på at i de fleste tilfeller er institusjonenes erfaring med sin BUP at det ikke er aktuelt for behandlere å komme til institusjonen. Enkelte institusjoner har imidlertid en godt etablert praksis der enkeltbehandlere fra BUP har lav terskel for å komme til institusjonen, enten det gjelder behandling og oppfølging av en ungdom eller veiledning med de ansatte. Til sammenligning viser Sentio sin kartlegging at i underkant av halvparten av avdelingene svarer at BUP har behandlere som kan komme til institusjonen. Noe under halvparten svarer at de ansatte mottar veiledning fra BUP, og her er det stor forskjell mellom type avdeling, og at kun 8 prosent av avdelingene hvor målgruppen er behandling rus svarer at de ansatte mottar veiledning fra BUP.

Følgende barnevernsinstitusjon, **BV 1**, har gjort en særlig innsats for å få et godt samarbeid med sin BUP, og de siste årene oppnådd et tettere forhold og samarbeid.

**BV 1:** Ved denne institusjonen varierer det om ungdommene tar imot poliklinisk tilbud, eller om behandlerne kommer til institusjonen og tilbyr samtaler. Det oppleves veldig positivt for institusjonen at før ungdommen har tatt imot et poliklinisk tilbud, så kan de ansatte få veiledning fra BUP. Dette betyr at de med institusjonens miljøterapeutiske tilbud kan få til mange samtaler. Men så viser det seg gjerne at de trenger mer fra BUP – når det gjelder medisin, utredning etc. Da kan veien inn til BUP oppleves som lettere fordi de har et tett samarbeid. Hovedutfordringen er at ungdom ikke vil ha behandling i BUP, og da opplever institusjonen at BUP er veldig alternativ i tankegangen - at de sier at de kan komme til institusjonen og ta samtalen. At en på denne måten blir kjent før samtaletilbudet på BUP da - følge de litt før de kommer inn til BUP – at de får den tryggheten (at når behandlingen først er i gang så foregår det på BUP). Der det er snakk om akutte situasjoner bruker de legevakt og politi, som kommer ut og på avdelingen der de ikke har fått ungdommen med ut, der det vurderes innleggelse eller medisinerer der og da.

Ved **BV 1** er nå godt fornøyd med at samarbeidet og dialogen med BUP er så god som den er. Opplever at det har vært en endring gjennom de siste årene, og at BUP nå

har større forståelse for hva de kan gjøre og ikke gjøre på en omsorgsinstitusjon. Dette har ikke kommet av seg selv, de har hatt opphetede diskusjoner, men opplever nå at de mer snakker det samme språket.

Erfaringene og innsatsen til BV 1 kan tyde på at det er store muligheter i dette feltet dersom barnevernsinstitusjonene og BUP jobber med å bli bedre kjent, og at institusjonene konkretiserer og er tydelig på hva man trenger, at det skjer en ansvarsavklaring og at man får tilå «snakke samme språk», på tvers av lovverk.

Flere av barnevernsinstitusjonene i utvalget mener at BUPs tilbud styres av krav om effektiv drift, og det å holde kostnadene nede, og at utstrakt ambulerende virksomhet, med besøk til barnevernsinstitusjoner dermed ikke prioriteres. Jo lengre reisetid jo mindre aktuelt er det for BUP å dra ut. Følgende institusjon har fire plasser, og 15 minutters reisetid til to BUP'er. Over tid har de opplevd at BUP i mindre grad kommer til dem, og knytter dette til økonomi og effektivitet.

**BV 8:** Institusjonen har erfaring med at en behandler hos BUP kom på institusjonen. Dette opplevde de som verdifullt. Det fungerte godt. De mener dette var knyttet til enkeltpersoner mer enn system (refererer til avtaler som er gjort). De opplevde det oftere før at BUP-behandlere lettere kom til institusjonen, og oppfatter at dette har blitt stoppa av ledelse – at selv om behandler og ungdom har ønsket det, så har «foten blitt satt ned» på grunn av økonomi og krav om effektivitet. I ettertid har det ikke vært noe tema. På den annen side påpeker de at de heller ikke har etterspurt det som mulighet, og at dette kan bety at det fins mer fleksibilitet (i BUPs tilbud) enn de er klar over.

BV 8 i eksemplet over bruker kanskje ikke muligheten for å etterspørre hjelp og bistand fra psykisk helsevern i den grad som BV 1 gjorde. Det kan hende at en del institusjoner i svært liten grad spør om hva som er mulig fra BUP sin side, eller kommer med forslag eller stilt krav i forbindelse med forhandling om samarbeidsavtale.

BV 7 under er i likhet med flere inkludert BV 8 over, av den oppfatning av BUP prioriterer bort det å dra til institusjonen på grunn av økonomi og effektivitet.

**BV 7:** Institusjonen samarbeider i stor grad med BUP poliklinikk og behandlere der, men da i ordinært tilbud – ikke som noe ambulant. De forteller at BUP-behandler sier i samarbeidsmøter at de kan komme, men opplever at i realiteten er de lite på tilbudssida når institusjonen har behov for det. Mener at BUP ikke strekker seg langt for å få barn inn i systemet sitt selv om det, etter institusjonens oppfatning, er der utfordringene er – at barnet har behov for hjelp, men barna vil ikke. Mener det kunne vært hensiktsmessig at BUP kom inn i avdelingen og ble kjent med ungdommen, og eventuelt hadde samtalene der, men opplever ikke det så ofte som det kunne vært hensiktsmessig. Tror at det er fordi BUP ikke har råd til det – at det er for kostnadskrevende.

### **Rus og psykisk helsehjelp**

Når barnevernsinstitusjonen er innrettet mot ungdom med rusproblematikk i sin drift kan det tenkes at det er flere eller andre typer utfordringer når det gjelder å tilby et godt nok psykisk helsetilbud. Vi har allerede vært litt inne på dette i beskrivelsen av BV 6, som er rettet mot rus og som har et akutt ambulant tilbud, men der teamet ikke tar turen til institusjonen, trolig på grunn av lang reisetid.

Institusjonene BV 9 og 12 er også innrettet ungdom med rusproblematikk. Begge påpeker det de oppfatter som rigiditet fra BUP når det gjelder å komme til institusjonen. BV 9 påpeker at de mottar svært lite ambulant psykisk helsehjelp på grunn av risikovurderinger fra BUP. Det de trenger er at noen med psykologisk kompetanse kommer inn og tar ansvar, kommer til institusjonen og ser behovet. BV 12 har

tidligere hatt en privat psykolog ved institusjonen, og opplever det som et stort tap når de ikke lenger kan benytte dette som før.

**BV 9:** Institusjonen (innrettet mot rusproblematikk) har lite erfaring med at BUP kommer til ungdommen. De mener det handler om BUPs vurderinger omkring risiko og sikkerhet - at de gjør risikovurdering før de kan tre ut av kontoret sitt. Opplever at de (ansatte i institusjonen) driver psykisk helsehjelp i det daglige, men kjemper for å ha noen andre med taushetsplikt som kan følge opp. Det handler om kompetanse, for en sitter med mye ansvar og skal føre disse samtalenene - skal redde ungdommene - de ansatte føler at de trenger den kompetansen fra psykisk helsetjeneste, opplever at de ikke er gode nok til denne oppgaven selv – at de trenger helsefaglig kompetanse i tillegg til det miljøterapeutiske. Mener de gjør mye med hensyn til psykisk helse, men at de trenger mer kompetanse inn i tiltakene.

**BV 12:** Institusjonen (også innrettet mot rus) forteller at de har ingen erfaring med å få ambulansetjeneste. De opplever at det ikke er ambulanseteam rettet mot deres målgruppe – at det er ingen som rykker ut og kommer til dem. Vakhavende lege har i noen tilfeller kommet ut til institusjonen i tilfeller der de ikke har fått med seg ungdommen. BUP'en har akutte timer som de kan benytte, men har ikke kapasitet til å komme til institusjonen. Det er en times reisevei, og det blir totalt tre timer for BUP'en dersom de skal komme til institusjonen. Ved akutte tilfeller brukes legevakt og videre til ungdomspsykiatrisk enhet ved psykisk helsevern et stykke unna (for observasjon/innleggelse). De har fram til ganske nylig hatt psykologoppfølging. Denne var privatpraktiserende med traume/rus som har deltatt med individualterapi etc. De får ikke benyttet psykologen lengre til behandling fordi det nå kun er BUP skal benyttes. Den private psykologen var noe av det nærmeste de har kommet ambulansetjeneste. De opplever at de mistet mye på grunn av dette (se mer beskrivelse av BV 12 i punkt 3.1.3 under om å ha psykolog til stede ved institusjon).

### 3.1.3 Nye/alternative typer team eller organisering

Materialet i undersøkelsen viser eksempler på andre typer av team, eller andre former for organisering, der målsettingen er psykisk helsehjelp til barn og unge på institusjonene. Generelt har ulike team organisatorisk tilknytning både til helseforetak, kommune eller Bufetat, eventuelt på tvers av sektorer. Viktige formål med team er behandling og oppfølging i lokalmiljøet, kontinuitet i barn og unges kontakt med tjenesten og at tverrfaglighet kan bidra til et større repertoar av hjelpetiltak og virkemidler, raskere og riktigere tiltak og økt effektivitet (Meld.St.7 (2019-2020)).

I vårt materiale er det én institusjon som har mange års erfaring med teamet «Stillasbyggerne» ved Ahus. En annen institusjon har erfaring med det nye ambulanseteamet ved Bufetat. Enkelte institusjoner i materialet er opptatt av det de oppfatter som fordel med å ha psykolog på institusjonen – og en har erfaring med å ha hatt psykolog på institusjonen. Ingen av institusjonene i vårt utvalg hadde erfaring med det nye FACT Ung.

#### «Stillasbyggerne»

Det er særlig «Stillasbyggerne» som framstår som et godt etablert og tydelig eksempel på et vellykket team, slik institusjonen som har ordningen erfarer det.

**BV 16:** Institusjonen har både erfaring med ambulanseteam, og mye erfaring fra samarbeid med «Stillasbyggerne», som har pågått over noen år. I denne ordningen «Stillas» er det snakk om flere team, og det er alltid to stykker som har ansvar for en ungdom. En barnevernsfaglig og en psykolog. De kommer til institusjonen, eller de møter ungdommen der de er: om de er i stallet eller hvor de er. Institusjonen forklarer at det kom i stand fordi BUP ikke fungerte som det skulle for ungdom der. Det handlet om å «bygge rundt ungdommen». De er veldig fornøyde med dette tilbudet. De opplever at BUP sier at de kan møte ungdommene, men mener det sitter mye lengre inne i praksis. Etter at institusjonen kom inn under «Stillas» så har de ikke trengt BUP så mye. De

påpeker at det som er et problem når en ungdom har vært på BUP er at de ansatte ofte ikke vet hva som har skjedd og hva de skal jobbe med. Med «Stillas» så samtykker barnet til at «Stillas» også kan veilede dem for at de skal bli bedre med tanke på de problemstillingene som det jobbes med. Dette med informasjonsutveksling knyttet til behandling og oppfølging av den enkelte ungdom er den største forskjellen mellom måten «Stillasbyggerne» og BUP jobber, slik de opplever det. Videre så nevnes det at institusjonen ofte har hatt møter med BUP, knyttet til en ungdom, men ikke så mye veiledning. For dem, som nå har samarbeidet med «Stillas» i en del år, og har en samarbeidsavtale, så betegner de dette som sin primære psykisk helsehjelp.

På spørsmål om hvordan institusjonen og «Stillas» jobber når det gjelder ulike behov hos ungdom ved institusjonen, går det fram at det fungerer som «trafikklys». Når en ungdom er «på grønt» – da gjøres ingenting, på «gult» sørges det for samarbeid om ungdommen gjennom veiledning, og ved «rødt» sørger en for samtaler med ungdommen. Der det er stor bekymring går «Stillasbyggerne» direkte inn. Om ungdommen ikke tar imot tilbud fra BUP, men åpenbart trenger det, så jobbes det veldig aktivt med å komme i posisjon overfor ungdommen, eller at personalet ved institusjonen får veiledning. «Stillas» har, i motsetning til BUP, også vakttelefon der det er alltid noen en kan ringe. Dette opplever institusjonen som veldig nyttig. Det å kunne ringe å få veiledning, eller at «Stillas» kan komme for å prate med ungdommen oppleves som veldig bra. I tillegg bruker de ambulanseteam, men dette er sjelden. De blir kobla på der det er stor bekymring - der det er stor selvmordsfare etc. I noen tilfeller, for eksempel ved spiseforstyrrelser, kobles også andre eksperter på.

### **Ambulerende støtteteam fra Bufetat**

Bufetat har også ulike team som er rettet mot barnevernsinstitusjoner. Det fins psykologteam i regionene som gir veiledning til ledere og ansatte for å øke kompetanse og sikre best mulig hjelp til det enkelte barnet. Eksempler på en relativt ny type team er «Støttespillerne», som skal tilby støtte til barnevernsinstitusjoner når det er høy risiko for at et barn vil være til stor fare for seg selv eller andre. For tiden etableres det også ambulerende støtteteam for barnevernsinstitusjoner. Støtteteamet skal veilede barnevernsinstitusjoner for å sikre forsvarlige tjenester. I vårt materiale er det enkelte av institusjonene som har brukt disse teamene, og som har svært god erfaring med slik veiledning, både fra Bufetats psykologteam og fra det nyopprettede ambulanseteam.

**BV 11:** Ambulant støtteteam (AST) fra Bufetat er helt nyopprettet. Institusjonen har benyttet det på en ungdom som har motsatt seg kartlegging, men ønsket tverrfaglig helsekartlegging. De ser at dette er noe som er ønskelig for flere av ungdommene.

**BV 17 og 18:** Institusjonene har tilgang til «psykologteam» ved Bufetat som driver en veiledning, som de er veldig fornøyde med og som matcher behovet deres. Teamet består av fire personer, men de forholder seg til to av disse. De driver med veiledning av de ansatte – med hvordan personalet kan bli mer samkjørt i møtet med de ulike ungdommene. Dette opplever de som nyttig der ungdommene ikke vil ha kontakt med BUP. Disse psykologene kjenner bedre til institusjonen (enn BUP). De har vært der på besøk og på overnatting.

### **Alternativ til ambulant - psykolog på institusjonen**

I prosjektet «nytt integrert institusjonstilbud» utprøves en integrert modell, som innebærer at psykologer fra helseforetakene har arbeidssted på institusjonene. I eksemplet under har institusjonen BV 12 inntil nylig hatt en ordning med (privat) psykolog, og som mener dette gav mange fordeler, blant annet kortere vei til behandling hvis nødvendig.

**BV 12:** Institusjonen (rus) fikk ikke videreført en ordning med bruk av privat psykolog (spesialist rus + psykisk helse) som var på institusjonen 2-3 ganger i uken, som de hadde hatt i lengre tid – som de var godt fornøyde med, og som gjorde at de ikke brukte BUP. Psykologen kom til institusjonen.

Samarbeidsavtalen med BUP er ganske fersk, og skal evalueres to ganger i året. De oppfatter at det er ønske om samarbeid fra BUP sin side, men at BUP ikke har kapasitet. Det som har vært gjort i enkelte tilfeller (unntaksvis) i seinere tid er at kommuner (som ungdommene kommer fra) kjøper privat psykolog der det er behov for videre behandling. Da trekker BUP seg da ut (og har kun ansvar for medisinerings). Dette er enkelttilfeller, og avhengig av den enkelte kommunen. Mange av disse kommunene kjente til det tidligere tilbudet, som ble oppfattet som godt. Det var ulike arbeidsformer hos BUP og privat psykolog. Mange av ungdommene har vært innom BUP fra tidligere, både poliklinisk og innleggelse, men ikke alle har opplevd det som nyttig. Noen er godt fornøyd med BUP, men det er også en del som dropper ut – ofte skjer dette ved avslag på medisin. Noen går da til fastlege.

BV 12 opplever at ungdommene deres trenger tettere oppfølging av psykisk helse - og at det trengs noe annet enn BUP - en annen tilnærming enn hva BUP kan tilby. Det er noen som ikke ønsker samtalebasert psykologisk behandling. De har erfaring med at når psykologen er i miljøet - så ser de at det har blitt kortere vei til å komme i behandlingsposisjon. Kanskje er det også slik at de ikke føler seg så stigmatisert – at det «fører seg inn i totalen».

**BV 9:** Opplever at ungdommene ved institusjonen (rus) ofte er i krise. De er vant med at det ikke er så mye hjelp – og mener dette spesielt gjelder i tilfeller hvor ungdom har rusrelaterte problemer. Informantene vurderer om en løsning kunne være å ha fulltidsansatt psykolog på institusjonen. Den ene informanten har erfaring fra dette fra tidligere arbeidssted, og mener de burde hatt psykolog i tillegg til annet helsepersonell – nevner lege, sykepleiere og vernepleiere. Mener de da kunne ha møtt ungdommene på en annen måte i stedet for det «traurige» systemet som er. Opplever at det kan være vanskelig å få til utredning av ungdommene, når det er rus inn i bildet. Påpeker at de som er ved institusjonen ikke kan diagnostisere – at det er stort ansvar på BUP for hva vil ungdommen trenge videre når det gjelder å gripe voksenlivet. Dette er typisk hva ansatte ved institusjonen er opptatt av, men opplever at de ikke blir hørt på.

Institusjonene BV 8 og 15 under (henholdsvis omsorg og atferd, lav) har heller ikke erfaring med psykolog ved institusjonen, men har reflektert over nytten ved dette ved sin institusjon sett i forhold til det store behovet for psykologisk kompetanse, problemet med to lovverk, og behovet for felles behandlingsplan.

**BV 8:** Peker på økningen i psykiske helseproblemer blant ungdommene, og alle diagnosene de forholder seg til på institusjonen. Forteller at samtlige beboere ved institusjonen har PTSD-diagnose, depresjon og angst, selektiv mutisme og lettere psykisk utviklingshemming, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og det er selvmordsfare. Det forventes at institusjonen skal håndtere alt dette. «*Da må dere bemanne opp*» - det er en gjenganger. De synes det er interessant dette med å ha psykolog på institusjonen, og at dette er en riktig og mulig vei å gå. De ser for seg at dette kunne ha avlasta BUP-systemet også. At noen av de letteste samtalenene kunne tas ved institusjonen.

**BV 15:** Institusjonen har ikke mottatt noen form for ambulant psykisk helsehjelp. De opplever heller ikke at BUP er interessert i å komme ut på institusjonen. Videre at BUP ofte vurderer at traumebehandling og kognitiv terapi ikke vil være nyttig overfor ungdommen som bor der. De opplever også at BUP er motvillig til å veilede ansatte på institusjonen. De beskriver imidlertid et godt samarbeid med ungdomspsykiatrisk avdeling som er 1,5 time unna, og at de der er positive til at ungdommen kan ha nytte av behandling, men at det er begrenset hva de kan gjøre. Man prøver å få til en mer overordnet plan med BUP og psykiatrisk avdeling slik at det ikke blir kun akuttjobbing, for det har vært en del akuttinnleggelse. Påpeker at det blir svingdørsproblematikk som ikke er til nytte for noen. Mener at det optimale hadde vært det Bufetat gjorde for noen år siden – med psykolog tilgjengelig ved institusjonen (nevner institusjoner i Bodø og Søgne som har

slik ordning). Mener det er der det fins en glipp - det å jobbe med to lovverk i institusjon, og at man må prøve å få til en felles behandlingsplan.

### 3.1.4 Digital behandling

Helse- og omsorgsdepartementet angir et mål om at andelen video- og telefonkontakter i poliklinikk (generelt i spesialisthelsetjenesten) skal være minst 15 prosent (Helsedirektoratet, 2021). Integrering av videokonsultasjon er del av innovasjonsstrategien som beskrives i nasjonal helse og sykehusplan (Meld. St. 7). Det skjedde også en vesentlig økning i bruk av videokonsultasjon i BUP under COVID-19-pandemien.

Undersøkelsen vår inkluderte spørsmål om barnevernsinstitusjonen hadde erfaring med at noen av ungdommene hadde fått digital behandling ved bruk av for eksempel videokonsultasjon.

Det er ingen av institusjonene i undersøkelsen som rapporterer om videokonsultasjon i noen særlig grad i forbindelse med behandling eller veiledning fra BUP. Det viser seg at det kun er snakk om sporadisk erfaring med dette. Enkelte har hatt noe digital behandling under COVID, men dette har blitt redusert og er ikke særlig brukt nå. Enkelte påpeker at det muligens kunne være bra med et tilbud om videokonsultasjon for ungdommer som ikke vil møte opp på klinikken.

De få institusjonene der ungdom har hatt et visst tilbud om behandling ved videokonsultasjon, har dette vært under COVID-19 pandemien. En institusjon forteller at noen ungdommer synes det var greit, mens en del droppet ut. De oppfatter at det å ha et slikt tilbud vurderes som bra, men at møtepunktene er bedre når det ikke er en skjerm. En annen forteller at Teams har blitt brukt noen ganger av ungdom hos dem, og at det henger igjen fra koronatiden. Vurderingen er at det senker terskel for oppmøte, og benyttes for å beholde kontinuitet i tilfeller der kontakt er allerede etablert. En tredje institusjon forteller om ungdom som fikk behandling via Teams under COVID, der ungdommen opplevde det som OK, men at det ikke var det samme som et vanlig «menneskemøte». Institusjonens vurdering var at det ga kontinuitet i behandlingen. En fjerde institusjon forteller at tidlig i pandemien ble behandlingstimer avlyst, og at beboere fikk tilbud om å ta det digitalt. For noen av ungdommene virket dette som en god innfallsvinkel mens for andre så var det ikke nyttig. Institusjonen reflekterer over hvorvidt det digitale kan tilpasses slik at tilbudet blir mer fleksibelt, kanskje ved hjelp av chat eller annet.

Ved en institusjon forteller de at de fikk opplæring i digital behandling, «Barnas videobehandling» - dette var i forkant av COVID-19, og var et samarbeid mellom barnevernsinstitusjoner og BUP. De har sett lite av dette i etterkant, selv om de hadde inntrykk av at det kunne være positivt med hensyn til oppmøte for en av ungdommene. Det var heller ikke noe særlig digital behandling under COVID, og de har ikke hatt digital veiledning fra BUP.

En annen institusjon nevner at de tror dette med digital behandling er noe Bufdir prøver å få til. Derfor har de ved institusjonen også snakket med BUP om dette, men BUP vil helst møte ungdommene. Mener at de taper mye i møtet på skjerm, og tenker at det er uheldig for målgruppen.

### 3.1.5 Oppsummering – ambulante former for psykisk helsehjelp

I denne delen har vi sett på hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp barn og unge på barnevernsinstitusjoner mottar, herunder hvordan hjelpen gis og hva som kjennetegner hjelpen.

Undersøkelsen viser at godt over halvparten av de 18 barnevernsinstitusjonene har erfaring med å motta ambulant psykisk helsehjelp og oppfølging ved institusjonen. Det varierer hvilke former for ambulant psykisk helsehjelp barnevernsinstitusjonene får, og hvor mye.

Det er viktig å påpeke at ambulant psykisk helsehjelp både kan dreie seg om behandling og tiltak rettet mot barnet/ungdommen, men også at det dreier seg om veiledning i enkeltsaker rettet mot personalet ved barnevernsinstitusjonen.



### **Ambulante team**

Det ambulante tilbudet dreier seg om ulike typer av ambulante og ambulante akutteam som er organisert i psykisk helsevern, henholdsvis i DPS'ene og i sykehus, og det fins et par eksempler på ambulante team fra Bufetat (psykologteam og Ambulerende støttetteam). Her fins det en del ulike betegnelser på ulike team, og ulike tilknytninger og organiseringsmodeller.

Det varierer hvor tilgjengelig hjelpen fra ambulante team er, slik ansatte ved barnevernsinstitusjonene beskriver det. Noen steder må det søkes inn via BUP, andre steder fungerer det mer lavterskel. Det varierer når det gjelder åpningstider - hvorvidt de har åpent på kveldstid og i helger, og når det gjelder type problematikk hos ungdommen. Det er også ulikt hvorvidt de ambulante teamene faktisk fungerer ambulant overfor institusjoner som ligger såpass langt unna i reisevei at teamet velger å ikke dra dit. Videre varierer det hvor fleksible teamene er – for eksempel når det gjelder å avslutte behandlingstilbudet. Alle disse tersklene har betydning for hvorvidt institusjonene benytter seg av det ambulante tilbudet. Problemet med at kriser gjerne oppstår utenom kontortid gjelder generelt, og nevnes av mange. Her er det ofte andre tjenester inne enn psykisk helsevern (AMK, legevakt og politi).

Undersøkelsen viser at også de ambulante akutteamene har ulike terskler for å komme til institusjonen, slik barnevernsinstitusjonene opplever det. Det fins eksempler på at ambulante akutteam ikke drar ut der avstanden er for stor. Dette kan synes som et paradoks, og frustrerende for institusjoner som opplever at de kunne hatt god nytte av ambulante tilbud, men som ikke får det fordi de ligger for langt unna. Til tross for lite erfaring med kontakt med ambulant akutt-team, beskriver institusjonene det som svært positivt i de tilfellene der de har hatt kontakt – og peker på fordelen med å unngå den dramatikken som oppstår med involvering av legevakt/AMK/politi.

Ambulant hjelp trenger ikke bety at hjelpen foregår på barnevernsinstitusjonen. Det er imidlertid ikke mange eksempler på dette fra våre intervjuer, men ett eksempel der institusjonen beskriver sin kontakt med akuttambulante ungdomsteam som er lavterskel og tilknyttet sykehuset, og som har sine møter «overalt» – der det måtte passe for ungdommen

### **Ambulant hjelp fra BUP, eller ambulante enkeltbehandlere**

I de fleste tilfeller er institusjonenes erfaring at det ikke er aktuelt for BUP å komme til institusjonen. Noen institusjoner har imidlertid en godt etablert praksis der enkeltbehandlere fra BUP har lav terskel for å komme til institusjonen, enten det gjelder behandling og oppfølging av en ungdom eller veiledning med de ansatte. Det kan være BUP'en som er innrettet slik, eller det kan dreie seg om enkeltbehandlere som selv velger å dra ut av klinikken. Flere institusjoner har inntrykk av at BUP styres av krav om effektiv drift, og det å holde kostnadene nede, og at utstrakt ambulerende virksomhet dermed ikke prioriteres. Jo lengre reisetid, jo mindre aktuelt er det for BUP å dra ut.

Erfaringer fra institusjonene innrettet mot rusproblematikk i vårt materiale kan tyde på at disse i særlig grad opplever rigiditet fra BUP sin side når det gjelder å komme til institusjonen. De peker på at risikovurderinger som BUP gjør kan utgjøre en terskel for å komme. Det de formidler at de trenger mer av er at noen med psykologisk kompetanse kommer inn og tar ansvar, kommer til institusjonen og ser behovet.

### **Nye/alternative typer team eller organisering**

Undersøkelsen viser eksempler på andre typer av team eller andre former for organisering. I vårt materiale er det én institusjon som har mange års erfaring med teamet «Stillasbyggerne» ved Ahus. Kapitlet gir en fylldig beskrivelse av «Stillas», der en institusjon har et svært godt utbytte av dette samarbeidet. Ordningen har flere team, der det alltid er to stykker som har ansvar for en ungdom - en barnevernsfaglig og en psykolog. De kommer til institusjonen, eller de møter ungdommen der de er. Det handler om å «bygge rundt» ungdommen. Etter at institusjonen kom inn under «Stillas» har de ikke trengt BUP så mye.

Flere institusjoner som har erfaring med veiledning og oppfølging fra psykologteamet fra Bufetat, og en institusjon som har hatt kontakt med det nye ambulerende støtteteamet ved Bufetat, er alle godt fornøyde med den kontakten de har hatt.

Enkelte institusjoner i materialet er opptatt av det de oppfatter som fordel med å ha psykolog på institusjonen.

### **Digital behandling**

Det er ingen av institusjonene i undersøkelsen som rapporterer om videokonsultasjon i noen særlig grad i forbindelse med behandling eller veiledning fra BUP. Undersøkelsen viser at det kun er snakk om sporadisk erfaring med dette. Ved noen steder har ungdommer hatt litt digital behandling under COVID, men dette har blitt redusert, og er ikke særlig brukt nå. Enkelte påpeker at det muligens kunne være bra med et tilbud om videokonsultasjon for ungdommer som ikke vil møte opp på klinikken. På den annen side er det flere som mener at en taper mye i møtet på skjerm, og at det er uheldig for målgruppen.

## **3.2 Erfaringer med, og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp**

I det følgende ser vi på barnevernsinstitusjonenes erfaringer med, og oppfatning av *nytten* av den ambulante hjelpen – blant annet om den gir et mer tilgjengelig og fleksibelt tilbud. Videre i hvilken grad de opplever hjelpen som *tilstrekkelig* eller ikke. Deretter ser vi på institusjonenes oppfatning av de store utfordringene i feltet, samarbeidsavtaler som instrument og til slutt spørsmål om kommunehelsetjenesten sin rolle.

### **3.2.1 Nytten av ambulant psykisk helsehjelp**

Det er tydelig ut fra intervjuene med institusjonene at det er en stor utfordring at ungdom ikke ønsker behandling. Derfor er det også mange institusjoner som peker på nytten av at det gjøres tiltak fra psykisk helsevern sin side for å senke terskelen for deltakelse i et behandlingsopplegg. Følgende institusjoner peker på nytten av at BUP kommer til institusjonen for å skape trygghet og relasjon, slik at man på sikt kan oppnå at ungdommen nyttiggjør seg av behandlingstilbudet.

**BV 1:** Tenker at det er nyttig at BUP kommer til institusjonen for å skape den tryggheten som trengs for at de kan motta behandling fra BUP. Det er jo ikke slik at ungdommen nødvendigvis er klar for å snakke akkurat *den* timen, ting oppstår gjerne på kvelden og natta. Peker på at ungdommen selv må føle at det er greit det å legge til rette for behandling ved institusjonen. Det er andre ungdommer der, og det kan ha betydning for noen. Det er viktig for noen at ikke «alle andre» skal vite «alt». Peker på viktigheten av veiledning av ansatte ved institusjonen - at dette er desto viktigere enn at ungdommen skal sitte og snakke med BUP i en time.

**BV 2:** En generell erfaring ved institusjonen er at ambulant bedrer tilgjengeligheten og fleksibilitet. Spesielt er det viktig i en oppstart for å skape en god relasjon, som igjen er viktig for å få nyttiggjort seg tilbudet hos BUP. Forteller om to saker som beskriver at nytten av ambulant varierer. I den ene saken kom behandleren til institusjonen, noe som medførte at ungdommen ble rasende, og ville ikke at behandler skulle komme. I en annen sak, med et litt lengre forløp, var nytten av ambulant psykisk helsehjelp større ettersom ungdommen gjerne ville ha besøk på institusjonen. Påpeker at dersom tilbudet skal være ambulant er det viktig med god informasjon og veiledning til personalet.

I likhet med BV 1 og 2 er det flere institusjoner som påpeker at ambulant ikke er ensbetydende med «på institusjonen», men at det bør legges til rette for at behandling skjer på en arena som er bra for ungdommen. Det er ikke alle som ønsker at andre ungdommer på institusjonen skal vite om at de får behandling. BV 3 legger vekt på å være lydhøre for hva som er ungdommen sin arena.



**BV 3:** Institusjonen mener det ambulante tilbudet gir god tilgjengelighet og at det er fleksibelt, noe som handler om at veien er kort, og at man kjenner hverandre og hvordan man jobber. Har ikke opplevd å få nei. Det oppleves som lettere å «selge inn» akuttambulansetilbud til ungdom sammenlignet med vanlig BUP. Minuset er at det er basert på dagtid, og er mangelfullt på kveld og helg. En annen fordel med ambulant psykisk helsehjelp som trekkes frem er at det bidrar til bedre samarbeid mellom institusjonen og BUP i og med at man kjenner hverandre bedre basert på at det har vært kontakt og veiledning. Jevnt over karakteriserer BV 3 tilbudet knyttet til psykisk helsehjelp som bra, og de påpeker at de fleste ungdommene foretrekker poliklinisk behandling dersom de har en god relasjon til behandler. Opplever at man i det ambulante tilbudet er mer åpne for å møte ungdommen på arenaer der de føler seg trygge. Dette trenger ikke være på institusjonen, men at behandlingen ikke foregår på kontoret – noe mange ungdommer synes er en vanskelig situasjon. På den annen side kan det å ha et ambulant tilbud kun i en periode oppleves som ufordelaktig med tanke på at ungdommene må fortelle «alt» til noen som ikke skal følge opp videre. Det fremheves at et godt psykisk helsetilbud innebærer at ungdommene blir tatt på alvor, at det er mer brukervennlig, at det gir større påvirkningsgrunnlag.

Nytten av ambulant psykisk helsehjelp vil være avhengig av eventuelle terskler for å få denne hjelpen. For eksempel må det i mange tilfeller søkes inn via samarbeidende BUP. Dersom dette tar sin tid oppleves det mindre aktuelt for institusjonen, slik BV 4 er et eksempel på. BV 4 er også opptatt av at det ikke alltid er BUP som er det ungdommen trenger, og at av og til er det viktigere å sette miljøpersonalet ved institusjonen i stand til å jobbe aktivt med psykisk helse.

**BV 4:** Forteller om veldig god erfaring med det de kaller psykoseteamet, men begrensning i og med at det må gå gjennom BUP, og BUP må søke helseforetaket. Dermed er det ikke alltid aktuelt. Det oppleves som en høy terskel, og blir gjerne ikke gjort. Ellers, når det gjelder enkeltbehandlere som strekker seg ved å komme til institusjonen, så gir dette tilgjengelighet og fleksibilitet. Mener det ikke nødvendigvis gir kontinuitet ettersom det kun er i en kortere fase. Når det gjelder nytte og fleksibilitet påpekes at en må være oppmerksom på at den tradisjonelle hjelpen ikke alltid passer for ungdommen, men at de kunne hatt nytte av andre terapiformer. Institusjonen påpeker at av og til er det viktigere å sette i stand miljøpersonalet gjennom opplæring og veiledning. Opplever dermed også bedre samarbeid og trygging av personale, også der personale strever når det gjelder hva som er riktig å gjøre. Inntrykket er at ungdommer er positive til muligheten for ambulant psykisk helsehjelp – at dette er mer styrende i forhold til deres eget behov – tror det handler om å bli sett og møtt mer enn det ungdommer opplever når de er hos BUP. De peker også på et annet perspektiv - at BUP-poliklinikkbehandling kan være positivt i den forstand at det gir ungdommen en slags allianse utenfor institusjonen, noe som er bra for noen.

Det nevnes flere grunner til at behandling på BUP-klinikken foretrekkes av enkelte ungdommer. Perspektivet til BV 4 om at det gir en viktig allianse er interessant. BV 5 under påpeker også at de fleste ungdommer heller vil dra på BUP enn at psykologen skal komme «hjem» til dem. De mener at det er viktigere med en god relasjon mellom ungdom og behandler enn at behandlingen er ambulant.

**BV 5:** Institusjonen er opptatt av at det er for høy terskel til ambulant hjelp i forhold til type problematikk. Dersom det er en klar diagnose, for eksempel autisme, kan det være nyttig, men ikke ved suicidalitet. De mener det er mye enklere å samarbeide med et ambulerende team enn behandler på BUP på grunn av at de får bedre informasjon. Når det gjelder hva ungdom selv mener, tror de ikke det er så mye forskjell basert på hvor hjelpen kommer fra (BUP, BUPA eller andre steder). Mener at for ungdommen er nytten av tilbudet veldig personavhengig, og dreier seg om relasjon - "connection" til behandler. I BUPA for eksempel føler ungdommene seg ofte avvist og bagatelliserte ("*Ikke dårlig nok*") - at de må vise at de er dårligere dersom de skal få tilbud om behandling. De antar at de fleste ungdommene vil heller dra på BUP enn at psykologen skal

komme "hjem". Men, i ett tilfelle med en spesifikk ungdom erfarte de at det er fint at ambulant team kommer til institusjonen. De bruker da kontoravdelingen, og ikke miljøet.

Vi har nevnt at det fins flere «terskler» til ambulant tilbud – der det må søkes via BUP og HF, der det er avgrenset til noen problemområder eller diagnoser, og vi har også vist at det fins geografiske terskler til ambulant hjelp, slik BV 6 er eksempel på. Nyttien av ambulant vil naturlig nok veies i forhold til disse tersklene. I likhet med flere av eksemplene over er inntrykket også ved BV 6 at de som ønsker behandling synes det er greit å dra til BUP, også litt fordi dette gir dem en «bytur» - et avbrekk fra institusjonen.

**BV 6:** Institusjonen får ikke ambulant psykisk helsehjelp til institusjonen, og de oppfatter at det er fordi de ligger så langt unna teamets geografiske plassering at teamet ikke rykker ut dit (to timers reisetid). De skulle gjerne hatt psykologtjeneste lettere tilgjengelig. De savner også fleksibilitet i tilbudet. Ettersom de har så lite erfaring med ambulant tilbud kan de ikke si mye om nytteverdi, men mener alt som har lavere terskel til hjelp kan bidra positivt. Når det gjelder ungdommenes holdninger er oppfatningen at de som vil ha behandling synes det er greit å dra til BUP (bytur). Den største utfordringen i BUP, mener de, er utskifting av behandlere. Institusjonen savner forutsigbarhet. De opplever at det er for mye bytte av behandlere.

BV 7 har lite erfaring med ambulant psykisk helsehjelp, men mener i likhet med det mange andre institusjoner trekker fram, at det at barnevernsinstitusjonen er i kontakt med et ambulant tilbud bidrar til bedre samarbeid og informasjonsflyt. Eksempelvis nevner mange at det er nyttig i de tilfellene der ansatte kan møte «til time» når ungdommen selv ikke møter (avhengig av samtykke).

BV 7: Institusjonen har lite tilbud om ambulant psykisk helsehjelp, men mener mer oppsøkende hjelp/behandling hadde vært nyttig fordi den største utfordringen er å få ungdommene til BUP-klinikken. De uttrykker at det ville vært nyttig om BUP var litt som en utekontakt - at man er mer i "gatene", gjør seg synlig, gjør det mer trygt før man inviterer til samtaler. De har eksempler på at BUP-behandler kommer til institusjonen. Det har man kanskje prøvd en eller to ganger, og så opplever man at barnet ikke ønsker, og det er jo begrenset hvor lenge. Når det gjelder hvorvidt ambulant psykisk helsehjelp bidrar til bedre fleksibilitet og kontinuitet kan de ikke svare på det ettersom de har så lite erfaring, men mener ambulant sannsynligvis bidrar til bedre samarbeid og informasjonsflyt. Nevner også som en god ting at dersom ungdommen ikke vil møte til time, kan de ansatte møte - og (avhengig av samtykke) diskutere hvordan institusjonspersonalet skal møte ungdommen.

Som nevnt er det mange institusjoner som snakker om nytten av veiledning fra psykisk helsevern, og at denne skjer på institusjonen. BV 8 påpeker nytte først og fremst for de ansatte, relatert til verdien av å øke kompetansen innen psykisk helse blant miljøpersonalet. Dette påpeker mange som et behov på grunn av økt psykisk helse problematikk. Samtidig mener de at en mister noe ved å bevege seg litt bort fra miljøterapien, og få et større fokus på det individuelle.

**BV 8:** Institusjonen har tilgang på ambulant team, men har kun brukt det ved ett tilfelle. Påpeker at psykisk helse tar mer og mer plass i miljøterapien. De ansatte jobber mer med psykisk helse og med traumepsykologi. Dette gjør at de opplever å ha skiftet fokus, og at de snakker på en annen måte. Mener det betyr at de blir bedre, men samtidig at de mister aktivitet og gruppedynamikk når de nå snakker om den *enkeltes* sin psykiske uhelse. Mener tilgang til ambulant bistand kan være nyttig for personalet for å kunne drøfte saker. De står i vurderinger som er ganske så alvorlig, og mener de ikke har den kompetansen som skal til vedrørende hvert tilfelle. Mener også at det er interessant i lys av økning i psykisk helseproblemer dette at de kun har ett tilfelle av ambulant psykisk helsehjelp. Opplever ikke uvilje hos de andre (psykisk helsevern), men at det også er deres eget ansvar å be om hjelp, og at det er mer å hente når det gjelder samarbeidets form på systemnivå.

I det ene eksemplet der ungdommen fikk ambulant hjelp var det vurdering av selvmordsfare det dreide seg om. Ungdommen ønsket ordinær BUP-behandling etter hvert. Påpeker at når det gjelder ungdom generelt, er dette møtet på kontoret ikke så viktig, men at det å etablere relasjon med behandler er viktigst. Påpeker at ungdommen burde vært med på å påvirke hvordan hjelpen skulle være. Mener at for noen ungdommer er det et poeng å dra *fra* institusjonen. Savner derfor at dette burde vært individuelt vurdert. Viser til at for eksempel gutter mye mindre grad enn jenter ønsker samtaler på kontor.

Igjen poengteres relasjonen til behandler som viktig. BV 8 har også et viktig poeng som er behovet for medvirkning fra ungdommen. Vi har sett flere eksempler så langt på at det er ulike preferanser for den ene eller andre måten å tilby behandling på. Det som kan bety en lav terskel for noen ungdommer kan utgjøre en høy terskel for andre. BV 9 under forteller om ungdom som ønsker at BUP skal komme i starten, men at man etter hvert ønsker seg til BUP-kontoret.

**BV 9:** Har hatt svært lite ambulant psykisk helsehjelp, og mener dette har å gjøre med utfordringer knyttet til BUP sine risikovurderinger (dette er atferdsinstitusjon rettet mot rusproblematikk). Viser til svært gode erfaringer fra tidligere institusjon med tett samarbeid mellom institusjon og god tilgang til å få BUP inn på arenaen. Det som skjedde der var at de så ungdommene, og at de fant riktig vei å gå sammen. Påpeker at det er veldig personavhengig fra behandler til behandler hvilken nytte av behandlingen ungdommen kan få. Uttrykker at det er et problem at kontortilbudet til BUP stoppes lett (ved mangel på oppmøte for eksempel). Inntrykket, basert på erfaringer fra tidligere institusjon som informanten var ansatt på, og der det var mye ambulant psykisk helsehjelp er at: når BUP kom til institusjonen så hadde de et ansikt, og at de snakket annerledes til ungdommen når de var i huset (institusjonen). Tror at behandler blir mer engasjert når de får møtt ungdommen. Men påpeker samtidig at det jo er ungdommer som ønsker å dra på BUP kontoret, men der de får spørsmål om de ønsker at BUP skal komme, så ønsker de gjerne det i starten.

Enkelte institusjoner trekker fram viktigheten av et godt definert samarbeid og avklarte ansvarsområder for institusjonen og BUP, og gjør et poeng ut av at dette kan bidra til at det ikke er så stort behov for ambulant hjelp. Vi så det særlig tydelig i eksemplet fra BV 1. Dette nevnes også av BV 10. I likhet med flere andre nevner de også at institusjoner langt unna får mindre oppmøte.

**BV 10:** Institusjonen forteller at det er veldig sjelden de siste årene at de har fått ambulant tilbud. Mål om fleksibilitet er uttrykt fra BUP sin side, men inntrykket er at BUP har ikke kapasitet til å være fleksibel. Tidligere erfaringer viser at det har vært nyttig ved det har ført til at de har fått flere inn til BUP. Hatt utredning på institusjonen for deretter å gå over til BUP. Mener at dersom samarbeidet med BUP hadde vært lettere, er det ikke sikkert at det hadde vært så stort behov for ambulant hjelp. Inntrykket er at de får mindre oppmøte fra BUP dersom institusjonen er langt unna, sammenlignet med de som er nærmere.

BV 11 har et godt samarbeid med BUP, men mener likevel at det er mer å hente dersom de skal oppnå målet om at ungdom skal kunne nyttiggjøre seg av tilbudet.

**BV 11:** Institusjonen har erfaring med flere former for ambulant psykisk helsehjelp, og et godt samarbeid med flere BUP'er. De ønsker seg økt fleksibilitet i den forstand at BUP kommer mer på institusjonen. Uttrykker at man har en lang vei å gå, og skepsis til at behandlingen avsluttes så fort, og at man da må henvise på nytt. Dette er eksempel på manglende fleksibilitet hos BUP. De oppfatter BUP som noe firkantet og rigide ved inntak. Det er nyttig og godt ved komplekse saker, men vanskelig når det gjelder de ungdommene som vegrer seg for å ta imot BUP-behandling.

Det fins enkelte institusjoner som har brukt privat psykolog, som BV 12 som hadde en psykolog tilknyttet institusjonen over lang tid. Dette kan på sett og vis sammenlignes med ordningen med psykolog i institusjon som for tiden utprøves. BV 12 sin erfaring er dette var mer fleksibelt enn å bruke BUP.

**BV 12:** Ordning med egen privat psykolog ble avsluttet for mindre enn et år siden, og de har enda ikke noen erfaring med ambulant hjelp fra psykisk helsevern. Når de hadde egen psykolog to-tre ganger i uken på institusjonen var det stor fleksibilitet i tilbudet ettersom det var lettere å snu om på timer dersom det ikke passet med timen for ungdommen. Peker på at de som skal behandle ungdommen må ha kjennskap til institusjonens system. Ettersom dette er ungdommer med sammensatte behov – traumer, psykisk helse, rus etc., så er det å ha et samarbeid mellom psykisk helse og miljøterapeuter viktig, og det er viktig at samarbeidet er tett. Nå opplever institusjonen at det ikke er noen infoutveksling (med BUP). De opplever dermed at de har mistet noe når det gjelder samarbeid om psykisk helse.

Ved BV 13 beskrives få problemer når det gjelder tilgang til psykisk helsehjelp. De har et godt samarbeid med akuttambulans ungdomsteam uten henvisning, og de ligger nær BUP'en og har godt samarbeid med dem. Som flere andre nevner, har også ansatte ved BV 13 tilgang til time hos BUP dersom en ungdom ikke benytter den (samtykkebasert).

**BV 13:** Veldig fornøyd med ambulant ungdomsteam, og med tilgjengelighet til teamet. Ungdommen liker godt personene fra det ambulante teamet. Når det gjelder BUP avtaler behandler og ungdommen seg imellom hvordan oppfølgingen skal være. Det går vanligvis fint for ungdommene å dra til BUP. Kan ikke huske at det har vært etterspurt eller ønskelig at behandlere skal komme til institusjonen.

I likhet med flere andre institusjoner peker BV 14 på at ikke alle ungdommer ønsker at behandlere kommer til institusjonen. Påpeker at «oppsøkende virksomhet» kan føre til stigma. Hos dem går det stort sett greit med oppmøte på BUP, men det er enkelte ungdommer som opplever det vanskelig å sitte på kontoret i samtaletid.

**BV 14:** Opplever at de har et bra tilbud overordnet sett. Samtidig skulle de ønske at BUP'ene kunne «kommet seg mer ut». Nevner at ambulant team kun er tilgjengelig på dagtid. Fordelen med ambulant team er de dyktige behandlerne som de kan ringe til og koble på. De blir en samarbeidspartner for å vurdere hva som er til barnets beste og videre hjelp. De driver med kartlegging (ikke utredning). Ungdommene er mer på sin hjemmearena, mer trygge. Ungdommene er ellers mye i møter, på kontorer, det er mange voksne å forholde seg til. Viser til at byggene ved institusjonen er utformet slik at man kan skjermes seg.

BV 15 er ganske nyetablert og har ingenting av ambulante tilbud. Dermed kan de heller ikke vurdere nytteverdi av slikt tilbud. De opplever heller ikke at BUP er interessert i å komme ut på institusjonen. Informanten forteller at det kan være tilfeller av uenighet mellom institusjonen og BUP om ungdommen vil nyttiggjøre seg terapi.

BV 16 er eneste institusjonen som har samarbeid med «Stillasbyggerne» - et ambulant tilbud som de beskriver som svært nyttig, og som de er veldig godt fornøyd med.

**BV 16:** Det er kjempeviktig at det er ambulant fordi mange ungdommer her har opplevd så mange brutte relasjoner at de ikke orker en til – det å sitte på nok et nytt kontor. De trenger en person som ønsker å snakke med dem. Det handler om å få dem fra institusjonen og til BUP'en, at det jobbes for relasjonen – for behandleralliansen. Uten den alliansen er det vanskelig å få til endring. Må jo oppleve at den som skal hjelpe er genuint interessert i å hjelpe. Det som vi ser fra «Stillasbyggerne» er at de er ekstremt gode på å skape en god behandlingsrelasjon. De står på helt til ungdommen sier: «ok, jeg kan prate med deg». Ungdommen er jo vant til at de lykkes i sin avvisning av behandling. De må oppleve at folk bryr seg for at de skal åpne opp. Synes det har vært spesielt nyttig der de bruker «Stillas» der en ungdom for eksempel ikke ønsker å leve. Får hjelp med en gang i stedet for å komme til en fastlege som ikke har kompetanse. Det andre er at de kobler institusjonen til psykisk helse-systemet - at de har tyngde og vet hva ungdommen trenger, og det at de veileder personalet slik at institusjonen får hjelpe dem på best mulig måte. Og at de er

ambulerende. Ser at det er mye bedre fordi de møter ungdommen der de er. De er mer fleksible. Det er kjempeviktig. Men også kunnskap, både barnevernsfaglig og psykologisk. Innehar viktig kunnskap fra to verdener, for det har vært noe av problemet.

Dersom ungdommen dropper ut av BUP - hvis en ungdom ikke føler for å prate, så skrives de ut. Hos «Stillas» så skrives de aldri ut før de er ferdig. Dersom ting skjer mens de samtidig har tilbud i BUP, så kan vi uansett kontakte «Stillas». De er også bindeleddet mellom oss og BUP, slik at det ikke blir konflikter mellom de forskjellige. Stillas har samme profesjoner som BUP. De har sett at det er store utfordringer i BUP-systemet, og hvordan de forstår ungdommen i et miljøterapeutisk perspektiv. Ingen tvil om at det fungerer. Det fungerer veldig godt.

Det er kun ved et par tilfeller i vårt materiale at institusjonen i hovedsak er godt fornøyd med situasjonen når det gjelder ungdommenes tilgang til, og bruk av psykisk helsehjelp. BV 17 er det ene eksemplet (BV 13 det andre).

**BV 17:** Forteller om god nytte av veiledning fra ambulant ungdomsteam, men at ungdommene ikke har ambulant behandling. Vurderer at det heller ikke er behov for dette fordi ungdommene der ønsker å dra til BUP, og ikke at behandler skal komme til institusjonen. Inntrykket er at de helst vil trekke seg litt vekk fra institusjonen - det å skifte miljø, og å komme seg bort fra andre ungdommer. Påpeker at god relasjon til behandler er viktig, og at ungdommen ønsker å ha en behandler som er tilgjengelig.

Tvert motsatt av BV 17, og mer i tråd med de fleste av de andre institusjonene, har BV 18 ungdommer hos seg som ikke ønsker samtaler med BUP. Dette er i hovedsak ganske unge, rundt 14 år, og flest gutter.

**BV 18:** Har hatt lite kontakt med BUP eller ambulant team til tross for stående tilbud (fra ambulant team). Grunnen er at ungdommene ikke ønsker samtaler. Mulige grunner til dette er at de er av de yngste i gruppen. Flere virker å ha kommet til et slags metningspunkt der de ønsker å være mest mulig «normal», og derfor ikke ønsker behandling. Vurderer det slik at mange av ungdommene er i kontakt med så mange mennesker – at de kanskje har nok med det apparatet de har rundt seg. Institusjonen har tilgang til «psykologteam» fra Bufetat som de opplever som nyttig.

### 3.2.2 Tilgang til ambulant psykisk helsehjelp i forhold til behovet

Hva er tilgangen til ambulant psykisk helsehjelp i forhold til behovet som ansatte i institusjonene ser hos sine ungdommer? I det følgende ser vi på institusjonenes vurderinger om tilgang til ambulant psykisk helsehjelp i forhold til behov, og om det har skjedd endring i tilgang til slik helsehjelp de siste årene.

#### **God tilgang til ambulant psykisk hjelp**

**BV 1:** På spørsmål om behov for ambulant psykisk helsehjelp, svarer informanten at det ikke er så ofte man har behov, men at dette kanskje er på grunn av det grunnleggende samarbeidet som de har fått til mellom BUP og institusjonen. De har fått avklart overfor hverandre hva institusjonen tilbyr og hva BUP kan tilby, og hva kan de få til sammen. Tror at BUP trenger vite hva de gjør - at institusjonen jobber med flere modeller, for eksempel kognitiv terapi, DBT [dialektisk atferdsterapi] og OEM [omsorg og endringsmodellen], sånn at de i større grad snakker samme språk. Slik blir BUP kjent med hva institusjonen driver med, og institusjonen får da økt innflytelse også på hva barnet trenger. I denne dialogen og veiledningen formidler institusjonen sine observasjoner, og så opplever de at BUP lytter. Opplever at samarbeidet har blitt tettere de siste årene. Så har de også jobbet godt for å få det.

**BV 3:** De har tilbud om akutt ambulant i påvente av noe annet, og har også eksempel der ungdom har fått tilbud bestående av både akutt ambulant og BUP poliklinikk. De vurderer det ambulante tilbudet som bra, og at det er en lav terskel for å ta en telefon ved behov. Vurderer likevel at de

har blitt mindre ambulante de siste årene fordi mange av ungdommene som kommer til institusjonen allerede er i BUP.

**BV 16:** Institusjonen opplever at de er veldig godt ivaretatt av team fra «Stillasbyggene». Møter de en vanskelig problemstilling tar de kontakt med Stillas, får veiledning, «*og så jobber vi gjennom dem, eller de gjennom oss*». Så om ungdommen ikke vil ha behandling, så får de uansett veiledning, og «*nesten alltid hjelp*».

**BV 17:** Institusjonen opplever at de ansatte får svært god veiledning fra ambulante team. De har ikke behov for ambulante behandling eller oppfølging rettet mot ungdommene ettersom de foretrekker behandling på BUP'en.

### **Behov for mer ambulante psykisk helsehjelp**

**BV 2:** Institusjonen forteller om kun ett tilfelle av ambulante helsehjelp på institusjonen. Dette var flere år tilbake. Har også hatt besøk av psykologspesialist for å gjøre det enklere å ta imot tilbudet i en oppstartsfase. Sier at det er ønskelig med mer ambulante helsehjelp fordi dette gir mer fleksibilitet. Det har vært et ambulante team tidligere som har blitt nedlagt. Dette vurderes som veldig synd ettersom de hadde god erfaring med tilbudet.

**BV 4:** Har ambulante team tilgjengelig, og også ambulante behandlere som kommer til institusjonen. De er fornøyde med dette, men mener ambulante psykisk helsehjelp skulle vært en mulighet for flere. De opplever ikke at det har skjedd endring i tilbudet om ambulante behandling de siste årene.

**BV 5:** Betegner psykisk helsetilbud totalt sett som ekstremt dårlig, og synes det er for høy terskel for hjelp til ungdommen – at dette i for stor grad er basert på type problematikk i psykisk helsevern sine vurderinger.

**BV 6:** Kan reise to timer for å få ambulante psykisk helsehjelp, men ingen tilgang på institusjonen. Ønsker psykologtjeneste lettere tilgjengelig, savner fleksibilitet og lavere terskel.

**BV 7:** Institusjonen har tilgang til BUP akutt og BUP ambulante og til BUP-behandlere som kan ta turen til institusjonen. Likevel er inntrykket deres at behovet er større enn tilgangen. Reflekterer over at dette også handler om at *psykisk helsehjelp trengs ofte* – at det ikke er noe system som er slik innrettet at: "*i dag er jeg motivert, så da reiser vi*". Har ikke inntrykk av at det er noen endring. Ser jo etter korona at psykiske vansker har økt, men hjelpetilbudet har ikke blitt noe større. Vet at det er lange ventelister.

**BV 8:** Har tilgang på ambulante team, og har brukt det i ett tilfelle. Har også tilgang til veiledning, og er særlig opptatt av mulighetene veiledning gir. Påpeker utfordring med ungdom som ikke ønsker behandling, og at da oppleves behandlingsansvaret som stort - og de føler seg ganske ensomme. Har vi noen vi kan ringe? "*Nå står vi i denne situasjonen*", der behandler ikke har møtt ungdommen. Opplever at det har skjedd endringer i retning av mindre ambulante hjelp. Forteller at tidligere så kom BUP-behandlere lettere til institusjonen, men at dette ble stoppa av ledelsen ved BUP. Selv om behandler og ungdom ønska det, så ble foten satt ned på grunn økonomi og effektivitet.

**BV 9:** Opplever at det er et veldig stort behov for et mer ambulante tilbud, som innebærer at behandler kommer til institusjonen. «*Bare det at ungdom blir plassert på institusjon er jo traumatisk for dem*». Men så er de kanskje ikke klar for å gå på et kontor å snakke om ting. Behovet er at behandler er her - lytter og ser - og hva er det vi som institusjon kan bidra med - hva kan vi gjøre sammen – at det er et tett samarbeid, ikke bare møter mellom oss voksne, men at de er ute i institusjonen og virkelig ser behovet. Opplever at de fleste trenger støtte for å komme seg til og fra BUP, og det rommet får en ikke lukka på en naturlig måte.



**BV 10:** Det har blitt mindre ambulant helsehjelp, og det har med kapasiteten til BUP å gjøre. Samtidig har det blitt større forventninger om å benytte psykisk helsehjelp enn før. Det er også mer kunnskap om psykisk helse nå enn før. Ungdommer med sammensatte lidelser er vanskelige å behandle. Kombinasjon mellom omsorg og behandling (roller) er ikke enkel. Det er ikke tilstrekkelig med veiledning fra BUP heller, og det har blitt mindre av det de siste årene. BUP'en har ambulant team på papiret, og akuttteam – men vi må likevel reise til dem. De reiser i veldig liten grad ut. Før kunne en ringe kveld og helg, mens nå kun i kontortid. Der det har vært ambulant har det vært den enkelte behandler som bryter med systemet. De ønsker mer ambulant helsehjelp, men kanskje mest ønskelig at hjelpen er mer lavterskel/til stede.

**BV 11:** Institusjonen har flere former for ambulant tilbud, og godt samarbeid med BUP, men mener det er mer å hente for å nyttiggjøre seg tilbudet fra BUP. Opplever at det har skjedd en endring, og at det er kortere vei når det gjelder kontakten med BUP. Men noe mer uklart om de er mer ambulant. Mener BUP lukker tilbudet litt for fort – at de kunne prøvd litt mer. Dette medfører at det må henvises på nytt. Opplever at det har vært et generasjonskifte der BUP sin "eksklusivitet" er blitt mindre.

### 3.2.3 Store utfordringer – og betydning av samarbeidsavtalene

Det er vanskelig å finne ut hvordan en skal lukke det gapet som svært mange institusjoner beskriver, mellom det de ser som ungdommenes behov for behandling - og om ungdommen tar imot behandling. Ikke minst fordi det ofte vil være ulike oppfatninger av behovet for behandling. Svært mange av institusjonene peker på til dels store utfordringer på grunn av manglende gjensidig forståelse mellom barnevern og psykisk helsevern om hva som er behovene, hva som er krise, og hvem som har ansvaret - hva som er barnevern og hva som er psykisk helse.

Utfordringene oppstår særlig når institusjonen opplever en akutt krisesituasjon, når noe har blitt akutt vanskelig, og når en akutt innleggelse kommer i retur. Da er det mange som sier at det ofte er vanskelig å forstå beslutningsgrunnlaget. Enkelte institusjoner beskriver også konflikter med BUP basert på at BUP av og til argumenterer en avvisning med at ungdommen ikke er mottakelig for behandling, at hjemmet ikke er stabilt nok etc.

I det følgende gis eksempler på institusjonenes perspektiver når det gjelder disse utfordringene, først ved to eksempler på de frustrasjonene mange institusjoner har knyttet til fordeling av ansvar. Deretter eksempler på hva samarbeidsavtalene kan bety.

**Eksempel A: «frustrert institusjon»:** Det er i de største sakene, der ungdom faller mellom to stoler, at vi mener psykisk helse må mer på banen. Psykisk helse på sin side mener det er vårt bord. Der vi mener at her trengs utredning og behandling, og vi ser at ungdommen har behov for mer helsehjelp enn det psykisk helse er villig til å gi, eller trenger å gi. Der de mener det er mer vårt ansvar å ta vare på dem i institusjonen - barnevernsfaglig. Vi ser at det er mange som er lite utredet, og vi ser dem hele døgnet, og kan vurdere på en annen måte at her trengs noe annet enn kun det barnevernsfaglige. Av og til har vi barn som er inn og ut av akutt, at de blir «kasteball». Det kan være vi opplever at psykisk helse gjør det som er mest akutt, tar inn og stabiliserer, og der stopper det litt opp dersom dette dreiers seg om behov for innleggelse. Så opphører jo den akutte situasjonen og de skrives ut igjen, uten at de har noe tilbud. Opplever denne situasjonen stadig - at beboere ikke får noe tilbud etter disse akuttinnleggelsene. Vi klarer å ivareta en tid, men så er det akutt igjen. Det er en runddans, og så får vi ikke mer hjelp enn den stabiliseringen de trenger der og da. Det virker som de tenker at: fordi de er i institusjon så skal vi klare å ivareta dem. Men vi er jo ikke vi noen psykiatrisk institusjon, så når det kommer til psykiske vansker så kan vi ivareta enkelte utfordringer, men vi forventer at de tenker på oss som andre *foresatte*. Men vi opplever at

de tillegger oss mye mer ansvar og oppgaver enn de gjør for andre foresatte. Det er svært ulikt hva vi forventer av hverandre. Vi prøver å finne ut hvordan vi skal unngå dette.

**Eksempel B: «frustrert institusjon»:** Det sies at det er vi – institusjonen - som skal ha ansvaret i hverdagen. Kan vi ikke ha ansvaret sammen (med psykisk helsevern)? Vi står altså aleine i uttrykk som er helt enorme. Det er noe med å være til stede, og gjøre en forskjell - og da kan du ikke sitte på et kontor. Dette kommer fra BUP også - at det er vanskelig å si noe om en ungdom de ikke har møtt. Dette var utgangspunkt i avtalen (mellom institusjonen og BUP) - hvordan kan vi strekke oss for å få direktelink til ungdommen. Vi har nytte av veiledning, men det er mye som skjer fra dag til dag, så det kan bli veldig generelt. Ungdommene er så ulike, og vi må spisse tilbudet til den enkelte. At det er treff mellom behandler og ungdom er helt sentralt. Det har så mye å si det å være der (ved institusjonen). Vi bruker statsforvalter aktivt dersom BUP ikke følger opp. Dette sier vi. Vi blir advokater for ungdommene. Ser at det er et voldsomt behov for å få denne hjelpa – og dette er vi (institusjonen og BUP) enige om. Avtalene er der, men det kommer ikke ut (forblir på papiret) – etter vår oppfatning fordi de er ikke enig innad i BUP. Det er mye uenighet internt i deres system også, også om dette med å være ambulant eller ikke. Vi har ikke helt møttes der for å få det til godt nok for ungdommene.

### **Betydning av samarbeidsavtalene**

Vår undersøkelse viser at beskrivelsene av de utfordringene som kommer fram i de to eksemplene over er svært utbredt blant deltakende institusjoner. Mange av institusjonene gir lignende eksempler på dilemmaer som de står overfor, ofte i tilknytning til hvem som har ansvaret.

Undersøkelsen viser at det varierer mye hvordan samarbeidet er mellom institusjonen og BUP'en. Mens noen har et tett og godt samarbeid, har andre lite. Noen steder har man jobbet aktivt med samarbeidsavtalene mens andre steder er samarbeidsavtalen et mer formelt skriv som de ansatte ikke forholder seg særlig til.

Samarbeidsavtalene kan være et svært viktig instrument dersom de brukes aktivt - evalueres og videreutvikles kontinuerlig slik at barnevern og psykisk helsevern stadig kommer nærmere hverandre, forstår hverandres virksomhet, behov og utfordringer. Flere institusjoner i vårt utvalg beskriver at de kanskje ikke fullt ut har utnyttet muligheten til å diskutere, og ha en dialog med BUP om behov og ansvarsfordeling. Noen steder virker det som at samarbeidsavtalene er avgrenset til en formell ordning, og i mindre grad et «levende» dokument som skal evalueres jevnlig, og endres ved behov. Dersom en i liten grad har utnyttet mulighetene her, kan det tenkes at det er et potensiale for bedre samarbeidsrelasjoner, forutsatt at større innsats settes inn. Ved noen institusjoner beskrives et litt «sovende» dokument.

Vi har en samarbeidsavtale med ene BUP'en vi sogner til. Det har vært flere forsøk på å «vekke opp igjen» den avtalen. Ved den andre BUP'en vi sogner til er avtalen ikke i funksjon. Det er endringer i ledelsen, og avtalen er ikke videreført. Avtalen innbefatter veiledning, men er ellers standardisert.

Tidligere ble samarbeidsavtalen endret rutinemessig hver høst. Dette er nå etterspurt.

Vi har nylig vært i møte med lokal BUP og signert samarbeidsavtale. Opplever ikke BUP som interessert i det hele tatt i å komme ut på institusjonen. Opplever at lokal BUP ikke kan bistå.

Samarbeidsavtalene skal være styrende i et felt der det er så store utfordringer, og der flere fag og profesjoner skal jobbe sammen. Det er selvsagt ikke nyttig med formelle avtaler som ligger i en skuff, men vil kreve en del å få til avtaler som er så godt gjennomtenkt og diskutert mellom aktørene at de danner en god plattform for samarbeidet mellom institusjonen og psykisk helsevern. Som en institusjon beskriver det:

Det er utfordringer knyttet til ansvar på grunn av at alle vil ha "ryggen fri". Det er krevende. Samarbeidsavtalen må tilpasses den enkelte institusjon. Dette er viktig for å skape forståelse av hverandres kontekst, forståelse for likheter og ulikheter i rollene.



Holdningen generelt er at formalisering gjennom samarbeidsavtaler var helt nødvendig fordi tidligere var det mer tilfeldig hvordan samarbeidet var lagt opp og fungerte, og at samarbeidsavtalene i noen grad har bidratt til endringer i positiv retning. Følgende eksempel peker på betydningen av å engasjere seg som institusjon på feltet psykisk helse, og å være tydelige på behov, for på sikt å få til en samarbeidsavtale som gjør tilbudet bedre.

Vi i vår institusjon må gjøre vårt for psykisk helse, og så må vi kreve gjennom samarbeidsavtale - skriftliggjort at BUP kommer inn og gjør sitt. Det kommer ny avtale nå der det skal gå fram at, i tilfeller der ungdommen ikke er i stand til å komme, så må behandler komme. Har tro på at det blir bedre når avtalen er på plass.

En av institusjonene gir en fyldig og god beskrivelse av hvordan institusjonen har prioritert å jobbe for å få til et godt samarbeid med BUP. Dette kan være inspirerende for andre institusjoner som beskriver at de har en relativt passiv holdning til samarbeidsavtalene, og dermed til muligheten for å påvirke på systemnivå, slik at det kommer institusjonen til gode gjennom et bedret samarbeid med BUP og helseforetaket. Dette er et eksempel på en mer «forhandlende» institusjon.

Vi opplever at det er en stadig pågående og av og til opphetet diskusjon mellom BUP og institusjonen, om ungdommer som krever mange ressurser («blålys») i lokalsamfunnet, der spørsmålet er: hva er barnevern og hva er psykisk helse? Ser at vi er avhengig av samarbeid for å lykkes. Vi har kriseplan og behandlingsplan som fungerer ganske bra og en behandlingsplan som fungerer. Helseforetaket veileder ansatte. Vi har endt opp med godt samarbeid med BUP og ungdomspsykiatrik. Det var vanskelig i starten. Det har vært møter på systemnivå der vi ikke har vært enige, og der det har vært høy temperatur. «Denne ungdommen kan ikke bo her, krever for mye ressurser av politi, ambulanse etc.» Den stadige diskusjonen om at denne burde være på atferd, ikke omsorg. Vi har stått i dette fordi de vurderer at uansett trenger vedkommende hjelp, og institusjonen trenger bistand fra psykisk helse. Spørsmålet er: hva er barnevern og hva er psykisk helse. Vårt perspektiv er at disse ungdommene er så krevende at vi er nødt til å samarbeide dersom vi skal lykkes, og dersom ungdommen skal lykkes så er vi som instans nødt til å hjelpe denne ungdommen. Det er behov for at det grunnleggende i samarbeidet er være på plass – for eksempel at vi sammen har utarbeidet en kriseplan, slik at vi vet hva de skal gjøre når de skal håndtere krisesituasjonene. Vi har også en dialog med BUP når det kommer en ny ungdom. Hva betyr dette, hva har det å si for gruppesammensetningen etc. De har fått til veiledning fra BUP, og individuell veiledning med hovedkontaktpar som står nærmest ungdommen, og ungdommen får egen behandler. Men de har opplevd det har «vært noen runder» før de har kommet dit, men så snakker de etterpå hvordan kan de få det bedre til neste gang. De opplever at mye grunnleggende er på plass, men at det er utfordringer i de situasjonene der de «står og stanger», og der spørsmålet er: er dette omsorg eller er det atferd. Alt i alt opplever at det har blitt et tettere samarbeid gjennom de siste årene, og større forståelse for hva vi kan gjøre og ikke gjøre på en omsorgsinstitusjon. Vi snakker mer samme språket. Poenget er at vi må snakke i fredstid før krisen er der.

### 3.2.4 Kommunale tjenester – hva er deres rolle?

Det er få eksempler på at barnevernsinstitusjonene bruker de kommunale tjenester i noe særlig grad for sine ungdommer. Kommunale tjenester trekkes frem av flere informanter som viktig når det gjelder fasen etter endt institusjonsopphold, spesielt for de over 18 år. Det kan være at de fremdeles er tilknyttet institusjonen, eventuelt i ettervernstiltak. Det påpekes at det kan være viktig å gjøre ungdommene kjent med disse tilbudene før endt oppholdt på institusjonen, slik at de kan nyttiggjøre seg disse tilbudene dersom de har behov for det. En informant påpeker at kommunale lavterskeltjenester, som kommunalt

psykisk helse og rusarbeid, kan være særlig nyttig dersom ungdommen etter endt institusjonsopphold (over 18 år) for eksempel får avslag fra Distriktpsykiatrisk senter (DPS).

I akutte situasjoner er det for mange institusjoner legevakt, AMK og av og til politi som bistår dem. Også her trekkes mangel på forståelse for ungdommenes situasjon frem som en barriere for god psykisk helsehjelp.

Når det gjelder fastlege er ordningen at barn i barnevernsinstitusjon skal få fastlege dersom vedkommende er fra annen kommune, eller at avstanden til egen fastlege tilsier det. Erfaringene med fastlegen for ungdommene på institusjonene er varierte, basert på vårt utvalg. Flere informanter uttrykker at det kan være lang reisevei til fastlege, og at det kan være utfordringer knyttet til å få tildelt fastlege. Det kan være lang ventetid for å få tildelt fastlege i enkelte tilfeller, og da må man benytte legevakt. Ofte så forekommer bytte av fastlege ved inntak på institusjonen, slik at man får en som er nærmere geografisk. Men, dersom ungdommen ønsker å beholde fastlegen sin, så forsøker man å få til dette. Det påpekes at det kan være ulike forventninger og oppfatning av ungdommenes problematikk mellom fastlege og ansatte på institusjonene. Videre så forteller informantene at det er unntaksvis at fastlegen er benyttet med hensyn til psykisk helse, i de fleste tilfellene gjelder det somatiske problem og oppfølging av medikament. Fastlegen benyttes ofte til henvisning til BUP. Unntaksvis refereres det til fastleger som kjenner godt til institusjonen og ungdommene som bor der – og det oppleves som svært fordelaktig. En informant forteller at de har oppstarts-undersøkelse hos fastlege ved inntak på institusjonen. Noen forteller at de tidligere hadde en lege som fungerte som fastlege for alle ungdommene på institusjonen, noe som var positivt. Flere uttrykker at det er ønskelig med en fast fastlege for institusjonen. Dette for å sikre kontinuitet og øke fastlegens forståelse av ungdomsgruppen og deres kontekst.

Helsesykepleier på skolen og helsestasjon for ungdom benyttes til en viss grad, ifølge informantene. Men, de tror ikke disse tilbudene/tjenestene benyttes for psykisk helsehjelp i særlig grad. Helsesykepleier kan fungere som en tillitsperson for ungdommene, hevder en informant. En annen forteller om at helsesykepleier hadde tipset en ungdom om digital psykologhjelp (psykologi-studenter), og at det var positive erfaringer knyttet til dette. Imidlertid er tilgang til helsesykepleier relatert til skole, og det uttrykkes at flere av ungdommene har lite skoleoppmøte.

En institusjon forteller at de har hatt god erfaring med samarbeid med Familievernkontoret, og at de ønsker å få til et tettere samarbeid her. Videre så forteller en informant ved en annen institusjon at de har hatt flere besøk på institusjonen av pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), noe som ble oppfattet som veldig positivt.

Generelt virker det å være lite tradisjon for kontakt mellom institusjonene og kommunale tjenester, og det er ikke formelle samarbeidsavtaler mellom institusjonene og kommunen på nåværende tidspunkt. Samtidig sier helse- og omsorgstjenesteloven<sup>4</sup> (§ 3-5) at kommunen har overordnet ansvar for å gi helse og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Med barnevernsreformen som trådte i kraft 1.1.2022 har kommunene fått et større ansvar for barnevernet, både faglig og økonomisk. Dette stiller krav til kommunens styring av barnevernet, til ledelsen i barnevernet og til det samlede familiestøttende arbeidet.

### 3.2.5 Oppsummering - erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp

I dette kapitlet har vi sett på barnevernsinstitusjonenes erfaringer med, og oppfatning av nytten av den ambulante hjelpen, og i hvilken grad de opplever hjelpen som tilstrekkelig eller ikke. Videre på institusjonenes oppfatning av de store utfordringene i feltet, samarbeidsavtaler som instrument, og til slutt litt om kommunehelsetjenesten sin rolle.

<sup>4</sup> [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#%C2%A73-5)

### **Nytten av ambulant psykisk hjelp**

Det store dilemmaet som mange reflekterer rundt, er at mange av deres ungdommer ikke ønsker å ta imot (mer) psykologisk behandling i BUP. Så lenge det er sprik mellom de som en oppfatter at trenger behandling, og de som får det, vil oppfatningen være at det trengs tiltak – for å «lukke dette rommet» som flere uttrykker.

De fleste institusjonene peker på behov for mer psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten – men legger litt ulik vekt på hvilken type hjelp: mer ambulant hjelp - enten i form av mer ambulant *behandling* (på institusjonen eller annet sted som ungdom ønsker), mer *veiledning* til de ansatte om hvordan man bør jobbe med den enkelte ungdom, eller mer generelt ved ulike problemstillinger.

Undersøkelsen viser at institusjonene opplever det som en svært stor utfordring at ungdom ikke ønsker behandling. Derfor er det også mange som peker på nytten av tiltak fra psykisk helsevern sin side for å senke terskelen for deltakelse i et behandlingsopplegg. Det dreier seg i stor grad om at institusjonene ønsker at BUP kommer til institusjonen for å skape trygghet og relasjon, slik at man på sikt kan oppnå at ungdommen nyttiggjør seg av behandlingstilbudet. En fordel spesifikt med akuttambulant som også nevnes er at det kan være lettere å «selge inn» et behandlingsopplegg der muligheten er til stede for at en kan sette inn tiltak veldig raskt – der og da.

Nytteverdien av ambulante tilbud er ikke ensbetydende med «på institusjonen» for alle. Flere institusjoner påpeker at en del ungdommer ikke ser det som ønskelig å ha behandling på institusjonen. Det kan være ulike årsaker til dette. Ett sted påpekes at «oppsøkende virksomhet» kan føre til stigma. Det understreker betydningen av å undersøke hva som er ønskelig arena, sett fra ungdommen sitt ståsted.

Det er også flere av institusjonene som påpeker at en del ungdommer foretrekker behandling på BUP-klinikken. Det pekes blant annet på at for noen ungdommer kan det være nyttig eller nødvendig for ungdommen å ha denne alliansen utenfor institusjonen. For noen nevnes det at det er et poeng å trekke seg litt vekk fra institusjonen - det å skifte miljø, og å komme seg litt bort fra de andre ungdommene. Undersøkelsen viser flere eksempler på at det er ulike preferanser for den ene eller andre måten å tilby behandling på. Det som kan bety en lav terskel for noen ungdommer kan utgjøre en høy terskel for andre. For noen er det viktig at BUP kommer til institusjonen i starten, men at man etter hvert ønsker seg til BUP-kontoret. Generelt er det svært mange institusjoner som påpeker at viktigheten av en god relasjon mellom ungdom og behandler, og noen påpeker også at dette er viktigere enn at behandlingen er ambulant.

Nytten av ambulant psykisk helsehjelp vil også være avhengig av eventuelle terskler for å få denne hjelpen. Undersøkelsen viser eksempler på flere terskler, for eksempel at det må søkes via BUP og eventuelt helseforetak, at tilbudet kan være avgrenset til spesifikke psykiske vansker og at det ambulante tilbudet kan være avgrenset geografisk, slik at institusjoner som ligger langt unna ikke får besøk. Dersom slike faktorer er til stede kan tjenesten oppleves som mindre aktuell. Enkelte institusjoner sier for eksempel at det å måtte søke via BUP, og eventuelt helseforetak, gjør det lite aktuelt. Kanskje fører dette dermed til at man glemmer denne muligheten også i en travel hverdag. Det kan være nyttig å se nærmere på disse faktorene for å vurdere om det er mulig å gjøre ulike tilbud enda mer tilgjengelig.

Alle institusjonene vektlegger nytten av veiledning fra psykisk helsevern for å styrke kompetansen innen psykisk helse, hvordan de skal følge opp enkelte ungdommer og håndtere ulike situasjoner. Mange ser store fordeler av at veiledningen skjer på institusjonen. En viktig årsak er at de mener veiledning på institusjonen er positivt er at de opplever at det også bidrar til bedre informasjonsflyt og samarbeid omkring ungdommen. Det pekes på verdien av å øke kompetansen innen psykisk helse blant miljøpersonalet basert på at det er et stort behov for dette, og at det kan avhjelpe når det gjelder behovet for BUP.

### **Tilgang til ambulant hjelp i forhold til behov**

Hva er institusjonenes vurderinger av tilgang til ambulant psykisk helsehjelp i forhold til behov, og har det skjedd en endring i tilgang til slik helsehjelp de siste årene?

Av de 18 institusjonene vi har intervjuet beskriver de aller fleste at de har behov for mer ambulant psykisk helsehjelp. De opplever at behovet er større enn tilgangen. Enkelte mener også at det har vært en negativ utvikling med mindre ambulant enn tidligere. Andre mener det ikke har skjedd noe endring. Det er fire institusjoner som beskriver en god eller tilstrekkelig tilgang til ambulant psykisk helsehjelp, som står i forhold til det behovet de opplever at det har. Den ene av disse institusjonene påpeker at det ikke er så ofte man har behov for ambulante tjenester, men at dette kanskje er på grunn av det grunnleggende samarbeidet som de der har fått til mellom BUP og institusjonen. De opplever at de har fått avklart overfor hverandre hva institusjonen kan tilby og hva BUP kan tilby, og hva de kan få til sammen. Den andre av disse fire sier at de har tilbud om akutt ambulant i påvente av noe annet, og at det er en lav terskel for å ta kontakt. Den tredje føler seg svært godt ivaretatt av team fra «Stillasbyggerne», som er svært tilgjengelig og til stede på institusjonen. Den fjerde av institusjonene, som beskriver tilstrekkelig tilgang på ambulant hjelp, begrunner med at de får svært god veiledning fra ambulant team, og at de ikke har behov for ambulant behandling fordi deres beboere foretrekker behandling på BUP'en.

### **Store utfordringer, og betydning av samarbeidsavtaler**

Det store dilemmaet, som gjennomgående beskrives av institusjonene, er behovet for å lukke gapet mellom ungdommenes behov for behandling og oppfølging av psykisk helse - og om ungdommen tar imot dette. Her peker undersøkelsen på til dels store utfordringer på grunn av manglende gjensidig forståelse mellom barnevern og psykisk helsevern om hva som er behovene, hva som er krise, og hvem som har ansvaret, hva som er barnevern og hva som er psykisk helse. Naturlig nok oppleves dette særlig ved akutte krisesituasjoner, og når en akutt innleggelse kommer i retur. Rapporten gir to eksempler som illustrerer utfordringen og frustrasjonen som svært mange institusjoner beskriver i større og mindre grad i denne undersøkelsen.

Det varierer mye hvordan samarbeidet er mellom institusjonen og BUP'en, og det varierer hvor aktivt det jobbes med samarbeidsavtalene. Noen steder er dette et formelt skriv som ledelse og ansatte ikke forholder seg særlig til. Andre steder oppfylles ideen med samarbeidsavtaler som et viktig instrument som brukes aktivt slik at barnevern og psykisk helsevern kommer nærmere hverandre, forstår hverandres virksomhet, behov og utfordringer. Flere institusjoner beskriver at de kanskje ikke fullt ut har utnyttet denne formelle muligheten til dialog med BUP om behov og ansvarsfordeling. Dette til tross for at holdningen generelt er at formalisering gjennom samarbeidsavtaler var helt nødvendig fordi det tidligere var mer tilfeldig hvordan samarbeidet var lagt opp og fungerte, og at samarbeidsavtalene i noen grad har bidratt til endringer i positiv retning. Enkelte institusjoner har en mer aktiv holdning. En av institusjonene gir en god beskrivelse av hvordan de der har prioritert å jobbe for å få til et godt samarbeid med BUP som kan inspirere til et mer aktivt forhold til samarbeidsavtalene, og muligheten for å påvirke på systemnivå.

### **Kommunale tjenester og rolle**

Generelt viser undersøkelsen lite tradisjon for kontakt mellom institusjonene og kommunale tjenester, og det er ikke formelle samarbeidsavtaler på nåværende tidspunkt. Det er få eksempler på at barnevernsinstitusjonene bruker de kommunale tjenestene for sine beboere. Et unntak er i akutte situasjoner med legevakt, AMK og av og til politi som bistår. Når det gjelder fastlege er ordningen at barn i barnevernsinstitusjon skal få fastlege dersom vedkommende er fra annen kommune, eller at avstanden til egen fastlege tilsier det. Erfaringene med fastlegen for ungdommene på institusjonene er varierte, basert på vårt utvalg. Flere uttrykker at det er ønskelig med en fast fastlege for institusjonen. Dette for å sikre kontinuitet og øke fastlegens forståelse av ungdomsgruppen og deres kontekst. Helsesykepleier på skolen og helsestasjon for ungdom benyttes til en viss grad, ifølge informantene.

## 4 Regionalt helseansvarliges perspektiver på ambulant psykisk helsehjelp

Etter at retningslinjene for funksjonen helseansvarlig i barnevernsinstitusjon og omsorgssentre for enslige, mindreårige asylsøkere ble etablert i 2016, ble det også tildelt roller som *regionalt helseansvarlig* hos Bufetat i hver av de fem barnevernsregionene. Oss bekjent er ikke rollen som regionalt helseansvarlig beskrevet i noe offentlig dokument, og vi hadde lite kunnskap om denne funksjonen før intervjuene. I intervjuene med regionalt helseansvarlige undersøkte vi hvordan de oppfattet egen rolle og mandat, hvordan de jobber overfor institusjonene, hvilke oppfatninger de hadde av det ambulante psykiske helsetilbudet som gis til barn og unge i barnevernsinstitusjon, og nytteverdien av denne type tjenester basert på tilbakemeldingene de har fått fra institusjonene. Kommunehelsetjenestens rolle i helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjon ble også et tema i intervjuene.

### 4.1 Regionalt helseansvarliges rolle og arbeidsmetodikk

Hvor i Bufetat de ansatte i rollen som regionalt helseansvarlig var organisert, varierte mellom regionene. I én av regionene var vedkommende tilknyttet regiondirektørens ledergruppe, mens de øvrige vi intervjuet tilhørte ulike fagavdelinger i stab. Alle de fire regionene vi intervjuet stilte med to informanter hver, der det typisk var én erfaren helseansvarlig som hadde hatt rollen i noen år, mens den andre var relativt ny og skulle ta mer ansvar på sikt. I én av regionene hadde de formelt delt ansvaret mellom to personer. Fagbakgrunn hos de regionalt helseansvarlige varierte fra klinisk psykologi og sykepleier til barnevernspedagogikk, jus, sosiologi og sosialpedagogikk. To av de åtte informantene hadde helsefaglig utdanning og erfaring fra jobb i psykisk helsevern.

Flere av informantene presiserte at rollen som regionalt helseansvarlig bare utgjør en liten andel av stillingen deres, at det ikke finnes noen formell rollebeskrivelse for denne funksjonen og at det har vært opp til den enkelte å avgjøre hvor mye tid de vil legge i det og hvordan de vil praktisere rollen. Flere trakk fram at de skal tilrettelegge på overordnet nivå for arbeidet som skal skje lokalt på institusjonene. De fortalte at da kravet om å ha helseansvarlig på hver institusjon kom i 2016, ble det behov for å ha kontaktpersoner på regionnivå i Bufetat som kunne "holde i tømmene", som en av informantene kalte det. Fellesnevneren i rollebeskrivelsene informantene ga handlet om å sørge for samarbeidsavtaler med helsetjenesten, samt å informere de helseansvarlige på institusjonene om nye retningslinjer, veiledere og endringer i lovverket. Informanter i to ulike regioner trakk en parallell til skoleansvarligrollen i Bufetat, og den ene mente at rollen som helseansvarlig i deres region var en "copy/paste-versjon" av skoleansvarlig. De trakk fram skole og helse som områder som fordrer innsats fra andre enn barnevernets egne tjenester, og at det er store forskjeller i hvor godt man klarer å samhandle på lokalt nivå. Å holde fokus på kvalitet i tjenestene og samhandling trekkes fram som et viktig mål, der autoritets- og nivåforskjeller mellom fagpersonene i helsetjenesten og barnevernstjenesten ble nevnt som én av årsakene til at det kan være hensiktsmessig å ha en helseansvarlig på regionalt nivå som kan bistå i dialogen mellom barnevern og helse.

#### 4.1.1 Samarbeidsavtaler med regionale helseforetak, det enkelte helseforetak og lokale BUP'er

I alle de fire regionene handlet mye av arbeidet til regionalt helseansvarlig om å initiere, vedlikeholde og reforhandle overordnede samarbeidsavtaler mellom Bufetat og de regionale helseforetakene (RHF), mellom Bufetat og/eller institusjonene og helseforetakene (HF) og mellom institusjonene og de lokale BUP'ene ved det enkelte helseforetak (se også kapittel 1.3 for historikk om samarbeidsavtaler). Det inngås også avtaler med de private aktørene i BUP. De fleste hadde hatt slike samarbeidsavtaler i flere år (minst siden 2017, men noen nevnte at de har hatt avtaler i opp mot 20 år), og avtalene reforhandles med jevne mellomrom. Det jobbes kontinuerlig med å utvikle samarbeidsavtalene, slik som helseansvarlig i én av regionene uttalte:

*Vi er under utprøving av ordningene, vi har sett at samarbeidet med BUP er avhengig av lokale avtaler med lokal institusjon og lokal BUP. Dette gir veldig ulike tolkninger av hvem som skal gjøre hva, hva er hvem sitt oppdrag. Og det har vi i regionen ønsket å endre på. Vi jobber for at vi har en felles forståelse som ikke varierer fra BUP til BUP, så vi har valgt å lage overordnede avtaler på HF-nivå. (...) vi har en overordnet avtale som beskriver hele samarbeidet, bakgrunnen, og en handlingsmatrise som beskriver hvem skal gjøre hva, når. Den er på overordnet nivå. Institusjonen og lokale BUP'er skal ha lokale avtaler - de skal kun regulere hvem som er kontaktpersoner og hvor ofte skal de snakkes og når skal det evalueres. Ut over det er det den overordnede avtalen som regulerer alt.*

En annen uttalte at arbeidet med samarbeidsavtalene gjorde at de hadde mer kontakt med lederne av barnevernsinstitusjonene enn med de helseansvarlige i institusjonene (som ofte er avdelingsledere). I en annen region var det helseansvarlig i institusjon og avdelingsleder/enhetsleder som jobbet mest med de lokale samarbeidsavtalene, mens regionalt helseansvarlig kun var inne med veiledning ved behov. Enkelte steder hadde helseansvarlig på regionnivå også vært til stede i oppstartsmøter mellom institusjoner og helsetjenestene etter at nye samarbeidsavtaler hadde blitt signert.

Flere av informantene fortalte om store variasjoner i tilbudet mellom de ulike HF-ene i regionen, og i særdeleshet hva som tilbys av ambulant virksomhet til barn i barnevernsinstitusjon. Ambulant virksomhet omtales eksplisitt i flere av samarbeidsavtalene på ulike nivå, men ikke alle. Vi har via regionalt helseansvarlige fått tilgang til flere eksempler på samarbeidsavtaler på ulike nivå som omtaler ambulant virksomhet. Formålene med avtalen som listes opp i én av avtalene mellom en klinikk med ambulante tjenester og to avdelinger ved en akuttinstitusjon er som følger:

- Bidra til at sårbare ungdommer blir prioritert i spesialisthelsetjenesten.
- Bli bedre kjent med etatens tjenester og mandat.
- Gi bedre samordnet hjelp til ungdommer som er innlagt ved akutteneheten.
- Ambulante tjenester kan bidra til å øke kompetansen på psykiske vansker hos ungdommer innlagt ved institusjonen

Videre er det avtalefestet at unge som er plassert i akuttinstitusjonen skal få best mulig samordnet hjelp fra både barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Etatene er enige om at det er mest hensiktsmessig med få kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten. Fra klinikken i psykisk helsevern vil ambulante tjenester få ansvaret for kontakten med akuttinstitusjonen. Samarbeidet skal utvikles via:

- Dialog/kontaktpunkt
- Fagstøtte/kompetanseoverføring
- Problemløsning/tenke sammen
- Konsultasjon fra ambulante tjenester

Tidsbruken er definert til å gjelde 1-2 timer per halvår, og ledelsen skal kunne kontakte hverandre ved behov.

I en av de andre regionene som har avtalefestet at BUP skal jobbe ambulant ute i institusjonene, har de spesifisert at BUP skal avholde faste møter ved institusjonen også når de *ikke* har et konkret barn de samarbeider om. Dette for å holde jevn kontakt og bli "et kjent ansikt" for de ungdommene som sier at de ikke vil til BUP, men også for at fagpersonene både i BUP og ved institusjonene skal få forståelse for hverandres kompetanse og mandat. "Den forståelsen er nødvendig å få ordentlig på plass hvis man skal ha gode avtaler", uttalte en av informantene. På tvers av regionene virker det som at samarbeidsavtalene skal sikre både at det enkelte barn får den helsehjelpen det trenger, og at de ansatte i institusjonene får den veiledningen de trenger fra BUP for å ivareta barnet på en god måte. I praksis forteller regionalt



helseansvarlige om store forskjeller mellom HF'ene internt i regionen, der bemanningsutfordringer i BUP trekkes fram som en forklaringsfaktor i tilfeller der veiledning av personell blir nedprioritert.

#### 4.1.2 Samarbeidsforum og møteplasser for helseansvarlige i barnevernet

Vi fikk ikke informasjon i intervjuene om at de regionalt helseansvarlige møtes fast på tvers av regionene i kraft av rollen som regionalt helseansvarlig som sådan. Det varierte også hvordan de ulike regionene har valgt å organisere samlinger og møteplasser for helseansvarlige i barnevernsinstitusjonene. Ikke alle regionene hadde gjennomført samlinger for de helseansvarlige, men flere planla å gjøre det på sikt. Noen hadde faste samlinger for helseansvarlige i institusjon flere ganger per år i regi av regionalt helseansvarlig, andre forteller at de har forsøkt seg på faste samlinger, men at dette har strandet som følge av ressursituasjonen, der de ikke har kunnet prioritere å ta folk ut av institusjonen for å delta på samlinger.

Andre peker på at de møtes fast gjennom "lederlinja", hvor avdelingsdirektør og representanter fra stab har statusmøter med enhetsledere annenhver uke gjennom hele året, der all drift, inkludert helserelaterte problemstillinger, diskuteres. I én av regionene fortalte helseansvarlig at de nylig har opprettet et nettverk for de helseansvarlige i institusjonene i form av en Teams-gruppe, der de legger ut oppdatert informasjon om retningslinjer og veiledere, og at de planlegger å ha flere fysiske samlinger etter hvert. Slik vi tolker det har de fleste regionalt helseansvarlige relativt hyppige møter med institusjonene (også de private aktørene) og psykisk helsevern i forbindelse med avtaleinngåelse eller reforhandling av avtaler. Hvis det kommer lovendringer eller nye retningslinjer fra nasjonalt hold som omhandler helsehjelp til barn i institusjon, ser de det som sitt ansvar å sørge for at de helseansvarlige på institusjonene får denne informasjonen.

Det nevnes også samarbeidsavtaler med andre aktører enn psykisk helsevern – noen av regionene har avtaler med samarbeidsutvalg for barn og unge, KS, fylkeslegen, Statsforvalteren, politi og ulike kompetansesenter med barnevernsrelevante ansvarsområder (f.eks. RKBU, RVTS, NAPHA osv.). Videre skjer det også andre ting på systemnivå som ikke nødvendigvis reguleres i avtaler. Det arrangeres blant annet fagseminarer med helse som tema (f.eks. om barn i selvmordsnære situasjoner) der fagarbeidere i både spesialist- og barnevernstjenesten deltar. Det nevnes også trepartssamarbeid om hasteteam mellom HF, institusjoner og enkeltkommuner som møtes flere ganger i uken for å forebygge akutt plasseringer og innleggelser i psykisk helsevern.

#### 4.1.3 Eksempel på samarbeidsforum: HeBaF

Et konkret eksempel på et samarbeidsforum som ble løftet fram i region Sør som særlig fruktbart, var "Helseansvarlig og Barnevernsansvarlig Fora" (HeBaF). HeBaF har som mål å bidra til å øke kompetansen på psykiske vansker hos barn og unge som er innlagt på institusjon, samt øke kompetansen på omsorgsutfordringer for barn og unge som får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for etableringen av HeBaF var at helseansvarlig i barnevernsinstitusjonene og barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge har hatt begrenset innhold i sine funksjoner, og at kompetansen har vært tilfeldig og lite systematisert. Ved å etablere HeBaF var tanken å kunne legge frem kasus som fremmer læring på tvers mellom institusjonene i både barnevernet og i psykisk helsevern. For å sikre en tverrfaglig bredde har det også vært ønskelig at ledere for rus-poliklinikkene i Helse Stavanger HF har deltatt i forumet. Ledere innen politi, barnevern og spesialisthelsetjenesten er med på samarbeidsmøtene, der Helse Stavanger HF har fått tilskudd til en egen fagkonsulentstilling som har særlig ansvar for å koordinere samhandlingen mellom Bufetat og institusjonene gjennom HeBaF. Det er regionalt helseansvarlig og klinikkledelsen i Helse Stavanger HF som typisk lager agendaen til de faste møtene som planlegges to ganger per semester. Ved å inkludere ledere er tanken at man i større grad kan sikre at kompetanse og anbefalinger blir implementert.

#### 4.1.4 Rapportering til Bufdir og Barne- og familiedepartementet på bruk av ambulante BUP-team

Det er helseansvarlig på regionnivå som har ansvar for å samle data fra institusjonene i forbindelse med et rapporteringskrav om «Andel institusjoner som bruker ambulante BUP-team» som Bufdir rapporterer på til Barne- og familiedepartementet (BFD) i forbindelse med årsrapporteringen. Bufdir oppgir imidlertid på forespørsel fra oss at rapporteringen fra regionene hittil har vært mangelfull, og datakvaliteten er ikke god nok til at bruken av ambulante BUP-team kan tallfestes i forbindelse med denne rapporten. I intervjuene med regionalt helseansvarlige ble rapporteringen diskutert, og tilbakemeldingene handlet i stor grad om at Bufdir må presisere bedre hva som skal defineres som ambulante BUP-team, og at man må skille på ulike typer ambulante virksomhet i rapporteringen. Slik rapporteringen har vært til nå, er de regionalt helseansvarlige enige om at det er for stor variasjon i hva som rapporteres inn fra de ulike institusjonene til at man kan sammenlikne tallene. Flere nevnte også at digitale konsultasjoner og digitalt samarbeid med BUP'ene kunne vært aktuelt å skille ut i rapporteringen. Det nevnes videre et avvikssystem der alvorlige helserelaterte hendelser (f.eks. suicidforsøk) skal meldes til regionalt helseansvarlig, som også kan gi nyttige tall (navn på systemet ble ikke oppfanget). Det var også forhåpninger blant informantene våre om at den nye helsefanen i det elektroniske fagsystemet, BIRK, kunne lette rapporteringen. Vi vet at Bufdir jobber med å bedre datakvaliteten på dette området, og at nye kategorier om helsehjelp, herunder bruk av ambulante BUP-team, i saksbehandlingssystemet er under utvikling.

#### 4.2 Regionalt helseansvarliges erfaringer med innhold og nytteverdi av det ambulante tilbudet til barn i barnevernsinstitusjon

I intervjuene med helseansvarlige i barnevernsinstitusjonene (se kapittel 3) kom det fram at det var store forskjeller mellom BUP'ene på hvor mye ambulante virksomhet de tilbyr. Dette inntrykket ble bekreftet av de regionalt helseansvarlige, som mente dette både handler om ledelse og kultur på poliklinikkene, men også om hvordan den enkelte behandler evner å skape seg handlingsrom til å drive ambulante virksomhet ute i institusjonene. De regionalt helseansvarlige var klar på at alle barnevernsinstitusjoner har behov for ambulante tjenester fra psykisk helsevern, særlig i forbindelse med akutte situasjoner, men det var også en generell oppfatning om at barn i barnevernsinstitusjon er en målgruppe man ikke nødvendigvis når best ved å tilby behandlingen på et kontor. En av de regionalt helseansvarlige uttalte:

*Når jeg hører om utfordringene... hva som rører seg i livet til disse ungdommene, det er beskrevet veldig godt i [rapporten] "Jeg skulle hatt BUP i en koffert". Det er ikke poliklinisk timesamtale som hjelper noe særlig for disse barna.*

Det var også enighet i flere av intervjuene om at ambulante virksomhet kan gjennomføres andre steder enn på selve institusjonen, og at det viktigste er at det skjer på ungdommens arena. FACT-ung ble foreslått løftet inn i samarbeidsavtalen i én av regionene (flere av informantene hadde imidlertid ikke hørt om FACT-ung), og det ble diskutert om gruppebaserte tilbud til ungdom i institusjon kan være en gunstig behandlingsform. Det kom et konkret eksempel på et velfungerende tilbud i region Midt, der en psykiater og en psykolog fra en BUP i Ålesund har utviklet et ambulante, gruppebasert tilbud i traumesensitiv forståelse som tilbys ungdommer som bor på barnevernsinstitusjon. Idéen til dette tilbudet kom som følge av at behandlerne tok imot flere ungdommer i kontakt med barnevernet som slet med samme type problematikk. Før oppstart var man spent på om ungdommene kom til å ville delta, men gruppetilbudet har hittil vært populært å delta på, og regionalt helseansvarlig i region Midt hadde fått tilbakemelding om at flere av ungdommene har blitt mer positive til å ta imot hjelp fra BUP etter å ha deltatt på gruppetilbudet. Tilbudet er foreløpig ikke evaluert.



#### 4.2.1 Bruk av relasjonen miljøpersonalet har til ungdommene

Videre var det enighet på tvers av regionene om at kjennskapen og relasjonen som de ansatte ved institusjonene har til den enkelte ungdom i større grad kan nyttiggjøres i behandling hvis hjelpen gis ambulant. Miljøpersonalet kommer i en bedre posisjon til å motivere ungdommene til å ta imot hjelp, og hjelpen blir mer behovsstyrt. Flere av informantene viste til eksempler på at "behandlingstrøtte" ungdommer til slutt hadde tatt imot hjelp når behandlerne tilbrakte tid ved institusjonen. Det kom også et eksempel på hvordan et ambulant team der det inngikk en lege med god nevropsykologisk kompetanse gjorde at det ble avdekket nevropsykologiske tilstander hos flere ungdommer på institusjonen, som regionalt helseansvarlig mente neppe ville blitt oppdaget hvis ikke teamet hadde jobbet ambulant og kommet i kontakt med flere av ungdommene. I tillegg kommer positive lærings- og veiledningseffekter for personalet i institusjonene, og at behandlere i BUP får et mer presist inntrykk av de miljømessige forholdene barnet lever under.

#### 4.2.2 Skolefravær og geografi

En annen fordel som ble trukket fram ved ambulant virksomhet er at man minimerer ungdommens fravær fra skolen. Det er et stort problem at disse ungdommene, som ofte har byttet skole og miljø og har dårlig skolemotivasjon, har mange avtaler med diverse instanser (f.eks. PPT, BUP, tannhelsetjeneste) som går ut over oppmøtet på skolen. Her spiller geografi en viktig rolle – ved de mest rurale institusjonene kan én time på BUP bety en hel dags fravær for ungdommen. Det kom også et konkret eksempel fra en av regionene på at de nærmest måtte kjøpe fri ei hel lita bygd fordi nettverket rundt ungdommen skulle være med på en del av behandlingsopplegget i BUP. Ambulant virksomhet, eller et digitalt møte, ville redusert de samfunnsøkonomiske kostnadene mye. En av de regionalt helseansvarlige mente også at barnevernet må utfordres på å legge institusjonene til der det er helsehjelp å få, og sa at tilgang til helsehjelp nå er en del av kvalitetskravet for godkjenning av nye enheter.

#### 4.2.3 Veiledning fra psykisk helsevern til de statlige barnevernsinstitusjonene

Når det gjelder veiledning fra psykisk helsevern ble dette hyppig diskutert i intervjuene, og det var enighet om at mye helsehjelp kan gis gjennom at institusjonene får god veiledning. Det er store variasjoner mellom BUP'ene på hvor mye veiledning som gis. En av de regionalt helseansvarlige påpekte at barnevernsinstitusjonene i deres region generelt har vært for dårlige til å etterspørre veiledning, og at lederne har forbedringspotensial når det gjelder å planlegge systematisk veiledning. Samtidig er det et ressurs spørsmål i psykisk helsevern – når det er høy turnover i helsetjenestene merkes det godt i form av mindre veiledningstilbud. I tillegg avhenger veiledningstilbudet av hva den enkelte behandler er innstilt på å gi – noen liker å veilede, andre ikke. "Vi får ikke en meny fra BUP om hva vi kan bestille, og sånn må det være, institusjonene må bli bedre til å planlegge og etterspørre veiledning", uttalte en av de regionalt helseansvarlige. "Stillasbyggerne" er et tilbud som virker godt kjent, og anerkjent, blant de regionalt helseansvarlige i alle fire regioner vi intervjuet, og det ble også trukket fram at Bufetat selv (f.eks. i region Sør) har psykologteam som jobber med veiledning av personell i institusjonene.

### 4.3 Kommunehelsetjenestens rolle i helsetilbudet til barn i barnevernsinstitusjon

I intervjuene fant vi en felles oppfatning på tvers av barnevernsregionene om at det samhandles for lite med kommunehelsetjenesten om barn i barnevernets omsorg. Dette stemmer godt med inntrykket fra intervjuene med helseansvarlige i institusjon presentert i kapittel 3. Samarbeidsavtaler med kommunene, på lik linje som man har i spesialisthelsetjenesten, mangler de fleste steder. Man tenker først og fremst BUP når det er snakk om barn og unges psykiske helse. I én av regionene der regionalt helseansvarlig har helsefaglig bakgrunn har det vært brukt en del tid på å snakke med helseansvarlige i institusjonene om tilbudene i førstelinja, særlig i forbindelse med barn som ikke får rett til helsehjelp ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. De hadde blant annet gode erfaringer med å trekke kommunalt rusteam inn i behandlingen av ungdommer som slet med rusproblematikk. Også i de andre regionene er de klare på at

kommunehelsetjenesten bør trekkes inn ved mindre alvorlig problematikk, eller når behandlingstilbudet i BUP ikke passer. Det kom blant annet et eksempel på en BUP som kun tilbød familiebasert behandling av spiseforstyrrelser, og mente de derfor ikke hadde et tilbud til barn i institusjon. I en slik situasjon blir fastlege og helsesykepleiere på skolen viktig å koble på. En av de regionalt helseansvarlige stilte også spørsmålstegen ved om fastlegene kjenner godt nok til tilbudene i egen kommune:

*Tanken på at det er BUPA som skal løse alt. Den sitter hardt fast enda. Det gjøres også mye godt arbeid i form av fastlege osv., men jeg er usikker på om de kjenner sin egen kommune.*

Hovedårsaken til at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er for lite inne i sakene handler, ifølge de regionalt helseansvarlige, om dårlig kjennskap til de kommunale tilbudene som sådan, og at ledere i kommunen og ved institusjonene har for dårlig kjennskap til hverandre. Den ene regionalt helseansvarlige sier de har ledere ved barnevernsinstitusjoner som mener at kommunen ikke har noe tilbud innen psykisk helse, noe vedkommende betviler er tilfelle. En annen forteller om en enhet i regionen som nylig har fått i oppdrag å jobbe med å inngå samarbeid med kommunen institusjonen ligger i. Her skal skole- og helseansvarlig kartlegge alle type tjenester i kommunen (inkl. frivillige tjenester som leksehjelp og samtaletilbud) med mål om å integrere institusjonen på en god måte i kommunen og nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes. I region Vest har de startet et arbeid med å inngå samarbeid med Bergen kommune, og skal høste erfaringer der før de inngår flere samarbeidsavtaler i kommunene. I og med at det er så mange kommuner og så ulikt tilbud innenfor psykisk helse- og rusarbeid i den enkelte kommune, er det et stort arbeid å tilpasse samarbeidsavtaler med de enkelte kommunene. De regionalt helseansvarlige hadde forventninger til at det nasjonale forløpet for barnevern kan bidra til å forbedre samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

#### 4.4 Status og planer framover

Vi spurte de regionalt helseansvarlige om hvilken retning det går når det gjelder ambulant psykisk helsehjelp til barn i institusjon – om det har blitt mer eller mindre av det? Her kom det få klare svar. Hovedinntrykket fra intervjuene tilsier at ambulant virksomhet ikke er veldig utbredt, og noen av dem svarer helt konkret at flertallet av avdelingene de har *ikke* har mottatt ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten, når man definerer dette som at fagpersoner oppsøker barnet i sitt miljø eller på institusjonen. Dette står i kontrast til resultatene i kapittel 3, der det framgikk at over halvparten av de 18 institusjonene som ble intervjuet, hadde mottatt ambulante tilbud. Dette kan handle om skjevhet i rekrutteringen til intervju, der det kan ha vært flere av institusjonene som har erfaring med ambulante tjenester som meldte seg til intervju. Vårt inntrykk er også at alle de regionalt helseansvarlige ønsker mer fleksibilitet og mer ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En av de regionalt helseansvarlige formulerte det slik:

*Hvis jeg kunne trylle... at det var tilgang på spesialisthelsetjeneste til enhver tid, et team som er tilgjengelig til enhver tid hvis personalet har et barn med behov... Det er mye som skjer på kveld og helg, og da er det legevakten. Tenker der-og-da -hjelp, og noe bør være mer varig for å stabilisere. Det kan være andre ungdommer til stede som ser en situasjon, og da kan det være behov for veiledning rundt hvordan vi skal ivareta det ansvaret.*

Egne psykologressurser i Bufetat trekkes fram som en nyttig ressurs, der man f.eks. i region Sør har fast digital veiledning med personell i institusjonene annenhver uke, og fysiske veiledningsmøter fire ganger i året. Dette avhjelper behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, mens veiledning fra BUP gjerne etterspørres hvis det er spesielle diagnoser man trenger å lære mer om. Flere av informantene ønsker seg klarere og mer differensierte definisjoner av ambulant virksomhet, og noen ønsker også en klarere rollebeskrivelse av regionalt helseansvarlig fra Bufdir.

Som nevnt var det slik at Bufetat stilte med både erfarne og ferske informanter sammen i intervjuene med regionalt helseansvarlige. Vi fikk inntrykk av at det er stort fokus på helsetjenester til barn i barnevernets omsorg generelt, og at dette gjør at man ser behov for å sette av ressurser til dette også på regionalt nivå. Det virker å være ting på gang i flere av regionene for å skape sterkere nettverk blant de som er helseansvarlige ute i institusjonene. I intervjuene kom det også fram forventninger til mer samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir etter innføringen av nasjonalt forløp for barnevern. Én av informantene vektla et ønske om mer samarbeid mellom direktoratene på systemnivå, slik at man unngår å sette i gang arbeid i Bufetat som fordrer samarbeid om implementering med helse, men der helsesektoren ikke har fått implementeringsarbeidet nevnt i sine oppdragsbrev. Noen mente de merker en framgang i samarbeidet på systemnivå allerede, mens andre påpekte at de merker en større forståelse både i barnevernet og helsetjenestene rundt at de må samhandle bedre.

## 4.5 Oppsummering

### ***Regionalt helseansvarliges rolle og arbeidsmetodikk***

Vi intervjuet regionalt helseansvarlige i fire av fem barnevernsregioner, til sammen åtte personer med både lang og kort fartstid i rollen. Det finnes ikke et offisielt mandat eller en felles rollebeskrivelse av regionalt helseansvarlig sine oppgaver, og funksjonen utgjør kun en liten del av stillingen. De skal være et kontaktpunkt på regionnivå for de helseansvarlige ute i institusjonene. Selv om de har løst oppgaven forskjellig på tvers av regioner er det særlig to hovedaktiviteter alle forteller at de gjør: initiering og reforhandling av samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og informasjonsarbeid når det kommer nye faglige retningslinjer, veiledere eller ved lovendringer som omhandler helse. Vi fikk inntrykk av at de regionalt helseansvarlige er i relativt hyppig kontakt med institusjonene, og da særlig enhetsledere og avdelingsledere i forbindelse med arbeidet med samarbeidsavtaler. I alle regionene vi intervjuet er det etablert både overordnede samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene, det enkelte helseforetak i regionen, samt lokale BUP'er (både offentlige og private tilbud). Videre var de opptatt av at det er behov for mer systematisk veiledning av miljøpersonalet i institusjonene, og at det ligger et stort potensial i å utnytte miljøpersonalets kjennskap og relasjon til ungdommene for å motivere dem til å ta imot hjelp fra BUP.

### ***Samarbeidsforum og møteplasser***

Det varierer mye hvilke møteplasser og informasjonskanaler de regionalt helseansvarlige bruker opp mot de helseansvarlige på institusjonene – noen har regelmessige fysiske samlinger (noen har også forsøkt dette, men funnet ut at det ble for ressurskrevende), andre har Teams-grupper. Vårt inntrykk er at det for tiden er fokus på å skape gode nettverk for de helseansvarlige, og at dette er noe det kommer til å jobbes med framover. Vi har beskrevet et eksempel som ble trukket fram som vellykket i region Sør:

"Helseansvarlig og Barnevernsansvarlig Fora" (HeBaF), som ble etablert som svar på at helseansvarlig i barnevernsinstitusjonene og barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge har hatt begrenset innhold i sine funksjoner, og det var behov for å øke kompetansen på psykiske vansker i barnevernet, og forståelsen for omsorgsutfordringer for barn i barnevernet i spesialisthelsetjenesten.

### ***Rapportering til Bufdir på ambulante tilbud***

De regionalt helseansvarlige har ansvar for å innhente statistikk fra institusjonene på hvor mye ambulant virksomhet fra BUP-team institusjonene har mottatt. Det er et klart ønske fra de regionalt helseansvarlige om at det i rapporteringen differensieres mellom ulike typer ambulant virksomhet, slik at statistikken blir mer nyttig. Slik statistikken foreligger per i dag er den for dårlig kvalitetssikret, og innholdet vil sprike for mye til å kunne sammenliknes.

### ***Erfaringer med innhold og nytteverdi av ambulante psykisk helsetjenester***

Inntrykket til de regionalt helseansvarlige var at det er store forskjeller mellom BUP'ene på hvor mye ambulant virksomhet de tilbyr. De mente at dette både handler om ledelse og kultur på poliklinikkene,



men også om hvordan den enkelte behandler evner å skape seg handlingsrom til å drive ambulant virksomhet ute i institusjonene. Informantene var klare på at barnevernsinstitusjoner har behov for ambulante tjenester fra psykisk helsevern, særlig i forbindelse med akutte situasjoner, men det var også en generell oppfatning om at barn i barnevernsinstitusjon er en målgruppe man ikke nødvendigvis når best ved å tilby behandlingen på et kontor. Høyt skolefravær som følge av mange avtaler med flere instanser (herunder BUP, PPT, tannlege osv.) er et problem for barn som er i kontakt med barnevernet, særlig de som bor i institusjoner som ligger langt fra sentrale strøk. Det er også høye samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til at ungdommenes nettverk må kjøpes fri og reise inn til behandlingsstedet i tilfeller der nettverket skal involveres i deler av behandlingen.

### ***Samhandlingen med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid må bli bedre***

Det var enighet på tvers av regioner om at det er for lite samhandling mellom de kommunale psykisk helse- og rustjenestene og institusjonene per i dag. Her er man bare i startgropa for å få til mer formalisert og systematisk samarbeid, og det nevnes at ledere i institusjoner og ledere i kommunen må gjøre seg kjent med hverandres tilbud. Fastlegene må også kunne forventes å kjenne til, og å kunne koble på, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn i barnevernsinstitusjon. I intervjuene kom det fram forventninger til mer samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir etter innføringen av nasjonalt forløp for barnevern, og noen mente allerede å merke en positiv utvikling her.

## 5 Dokumentstudie

Hensikten med dokumentstudien har vært å gi et bilde av bekrivelser av – og erfaringer med - ambulant psykisk helsehjelp, slik det framgår "på papiret" i politikktutforming og ved tilsyn. Gjennom et systematisk søk har det imidlertid vist seg at det er svært få dokumenter som omhandler temaet i detalj. Det tyder på at ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner foregår i et begrenset omfang, og at det er enda mer begrenset med tilsyn, evalueringer og studier av slik helsehjelp. Vi har derfor også inkludert sentrale dokumenter som omtaler psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner mer generelt.

### 5.1 Om søket

Hovedkriteriet for utvelgelse av dokumenter har vært at de på en eller annen måte omtaler ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner. Som nevnt over var det få dokumenter som tilfredstilte dette kravet, og vi har derfor inkludert noe bredere. Tabell 5-1 viser hvor og hvordan søkene er gjort, antall treff, samt antall treff vi har vurdert som relevante.

**Tabell 5-1 Søk i aktuelle søkeløsninger**

Søkeløsning	Søkeord og lenke til søk	Antall treff – og antall relevante i parentes	Beskrivelse
Kudos, Kunnskapsdokumenter i offentlig sektor <a href="https://kudos.dfo.no/">https://kudos.dfo.no/</a>  Periode: 2016-2022	«barnevern + ambulant»	32 (12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To rapporter fra Riksrevisjonen</li> <li>• Fem Stortingsproposisjoner</li> <li>• To Stortingsmeldinger</li> <li>• To NOU-er</li> <li>• En strategi/plan</li> <li>• Sju tildelingsbrev</li> <li>• Ni rapporter/evalueringer</li> <li>• Tre kartlegginger</li> <li>• Ett datasett</li> </ul>
Regjeringen.no <a href="https://www.regjeringen.no">Tildelingsbrev, instruksjer og årsrapporter – Barne- og familiedepartementet - regjeringen.no</a>	«ambulant»	7 (1)	Årsrapporter fra Bufdir i perioden 2015-2022. Søk etter «ambulant» ga kun treff i årsrapport fra Bufdir for 2021
Regjeringen.no, avgrenset til Meldinger innen Tema Barnevern <a href="https://www.regjeringen.no">Meldingar til Stortinget - regjeringen.no</a>	«ambulant»	3 (0)	Tre stortingsmeldinger. Ikke relevante for prosjektet
Regjeringen.no, avgrenset til Proposisjoner innen tema Barnevern (2012-2021) <a href="https://www.regjeringen.no">Proposisjonar til Stortinget - regjeringen.no</a>	«ambulant»	3 (1)	Omhandler endringer i barnevernloven (barnevernsreformen). Prop. 106 L (2012-2013) omtaler ambulante team
Regjeringen.no, avgrenset til NOU	«ambulant»	3 (1)	Offentlige utredninger: Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge



<a href="https://www.nou-ar-regjeringen.no">NOU-ar - regjeringen.no</a>			(2009), Ny barnevernslov (2016), Trygge rammer for fosterhjem (2018)
Tilsynsrapporter – søkeside <a href="#">Tilsynsrapporter – søkeside   Helsetilsynet</a>	«ambulant»	0	Søk avgrenset til sektor barnevern gir ingen treff i perioden 2018.
Dokumenter oversendt fra Bufdir		3 (3)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapport fra Sentio på helsetilbud ved barnevernsinstitusjoner*</li><li>• Etatens tertialrapportering psykisk helsehjelp</li><li>• Rapport fra Innlandets tilsyn med institusjonens oppfølging av helse i 2021</li></ul>
Dokument oversendt fra Statsforvalteren i Trøndelag		1 (1)	Barnevernsinstitusjonenes oppfølging av barn og unges (psykiske) helse. Oppsummering av Statsforvalterens tilsyn med barnevernsinstitusjonene i Trøndelag 2022
Oppdragsdokument fra HOD til de fire regionale helseforetakene (2018-2023)	<a href="#">Oppdragsdokument - regjeringen.no</a>	24 (16)	Hovedsakelig handler disse om styrking av et ambulant tilbud og etter hvert det utadvendte sykehus. Barnevern nevnes eksplisitt kun i 2018

\* Rapporten fra Sentio på oppdrag av Bufdir refererer vi til i innledningen, og vi går derfor ikke gjennom den her.

### 5.1.1 Kategorisering og analyse

Første skritt i arbeidet med dokumentene har vært å danne seg en oversikt over dem. Vi har brukt Excel for å holde oversikt over dokumenttyper og har lest dem summarisk for å danne oss et bilde av om de skal inkluderes i den videre gjennomgangen eller ikke. Dokumenter som har blitt inkludert, har vi gått nærmere inn i. På grunn av prosjektets korte varighet, tar vi forbehold om at det kan være dokumenter vi ikke har tatt med, men som likevel burde vært inkludert.

Andre skritt i dokumentgjennomgangen har vært å vurdere relevans. Oppsummert er mange av dokumentene lite relevante, selv om de nevner begrepet "ambulant". Videre er det mye overlapp i innhold, herunder mange like formuleringer, og mange like målsetninger. Dokumentene refererer også mye til hverandre. Det er ikke overraskende, gitt at svært mange av dem omhandler helsemyndighetenes offisielle syn på psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner. Det betyr imidlertid at hvert dokument ikke nødvendigvis bringer med seg så mye nytt, sammenliknet med de andre.

Det tredje skrittet i dokumentgjennomgangen har vært å forsøke å lage en logisk struktur på fremstillingen av dem. Vi har valgt å kategorisere dokumentene i tre i den videre framstillingen. Én kategori dokumenter er de eldste dokumentene der vi finner utredninger og forarbeider til lovendringen i barnevernsloven. En annen kategori dokumenter kan vi si at gir en beskrivelse av nåsituasjonen gjennom tilsyn og revisjon av praksis, samt gjennom Bufdirs årsrapporter som svarer ut hva Bufdir har gjort i løpet av de siste årene. Disse avslutter typisk med anbefalinger for videre arbeid i tjenestene. En siste kategori dokumenter er stortingsproposisjoner, stortingsmeldinger og NOU-er, samt oppdragsbrev som setter kursen framover.

## 5.2 Historikk – utredning og forarbeider

I arbeidet med ny barnevernslov finner vi mange eksempler på synet på at helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner bør styrkes. Også ambulante tjenester nevnes i noen tilfeller.

### **Prop. 106 L (2012-2013) Endringer i barnevernloven, 2013**

I dette eldste dokumentet vi har inkludert (Prop. 106 L (2012–2013)), foreslås endringer i barnevernloven, som senere har tredd i kraft. Her pekes det på at barnevernet skal være en aktiv samarbeidspartner for andre tjenester og kommer tidlig inn i saker (s. 38). Oppsøkende og utadrettet virksomhet er et virkemiddel for å oppnå dette. Fokuset er i all hovedsak på at barnevernet selv skal jobbe mer oppsøkende og utadrettet, men samtidig nevnes tverrfaglige konsultasjonsteam som forslag på tiltak som letter tilgangen på nødvendig kompetanse og hjelp. Vi kan se på disse forslagene som eksempler på en bevissthet rundt tilgjengelighet til tjenester og verdien av tverrfaglige tilnærminger.

### **NOU 2016: 16 Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse, 2016**

I den offentlige utredningen som ble ferdigstilt i 2016 (NOU 2016: 16), tegnes utfordringsbildet knyttet til samarbeid mellom barnevern og BUP opp. I kap. 8 "Særlig om samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern". heter det at utfordringene har vært kjent i mange år, "og er aktualisert ved at det gjennom ny forskning er dokumentert høy forekomst og kompleksitet av psykiske lidelser hos barn med tiltak i barnevernet, både i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem. Videre fremstår helsetilbudet til barn med sammensatte behov som utilstrekkelig." Tilgang og tilgjengelighet til helsehjelp for barn i barnevernet generelt og barn i institusjon spesielt tas opp. En arbeidsgruppe har levert en rapport til direktoratene, hvor det foreslås ulike tiltak som kan bedre tilgangen til helsehjelp for barn i barnevernsinstitusjoner. Arbeidsgruppa foreslår blant annet å utnytte samarbeidsavtaler som et langt mer strukturert og aktivt verktøy, *opprette ambulante barnevernsteam ved poliklinikkene i psykisk helsevern* og etablere et fast system for sektorovergrepene plasseringer ved at noen barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner med et mer langsiktig perspektiv på behandlingen enn i dag. Arbeidsgruppa anbefaler også en bred gjennomgang av rettslige spørsmål i skjæringspunktet mellom helsetjenesten og barnevernstjenesten.

### **Prop. 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreform), 2017**

I 2017, i prop. 73 L, tas det opp nødvendigheten av tiltak for å styrke kvaliteten i barnevernet (s. 8). Her heter det at "Det er et særlig behov for å styrke samarbeidet mellom barnevern og psykiske helsetjenester." Flere tiltak foreslås for å styrke tjenestetilbudet til barna og gjøre tilbudet mer tilgjengelig. Ett tiltak er *å styrke ambulante barne- og ungdomspsykiatriske tjenester* for barn i barnevernsinstitusjoner (s. 66). I proposisjonen heter det at "De ambulante tjenestene skal tilby både utredning og behandling til beboerne i institusjonen, og slik bidra til at barn som selv ikke ønsker å oppsøke et sykehus får hjelp der det bor. De ambulante tjenestene skal også veilede og følge opp de ansatte, slik at de på en best mulig måte kan ivareta det enkelte barns behov. De regionale helseforetakene vil få oppdrag om å styrke tilbudet fra 2018."

I tildelingsbrev fra departementet til direktorat og de regionale helseforetakene finner vi også igjen innsats og tiltak for å nå målene om å styrke psykisk helsehjelp til barn i barnevernet.

### **Tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fra Barne- og likestillingsdepartementet, 2017**

Under delmål 5.2 Helhetlig og samordnede tilbud og tjenester (s. 11-12) er ett oppdrag å gi bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Bufdir får i oppdrag å "...sammen med Helsedirektoratet utarbeide nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste, med sikte på implementering i 2018. Avtalene skal bl.a. bidra til å sikre at barn i barnevernsinstitusjoner får lett tilgjengelig psykisk helsehjelp, både *ambulant* og poliklinisk, samt at ansatte får nødvendig veiledning."



### Tildelingsbrev til Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2017

Tilsvarende oppdrag som beskrevet over til Bufdir får Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelingsbrevet har likelydende ordlyd som i Bufdirs tildelingsbrev. Direktoratene skal altså sammen jobbe for blant annet lettere tilgjengelig psykisk helsehjelp, for eksempel gjennom ambulante tjenester.

### Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2018

Til sist tar vi med oppdragsdokumentet til RHF-ene fra HOD, som de får i 2018. Her står det: [De regionale helseforetakene] "... skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og *utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet*. RHF-ene skal bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivarettatt.

Fra 2021 begynner man å finne igjen målet om det utadvendte sykehus, som kan betraktes som en form for ambulant tjeneste, i oppdragsdokumentene (se avsnitt 5.4)

## 5.3 Nåsituasjonen – Revisjoner, tilsyn og årsrapporter

Vi har inkludert to rapporter av nyere dato fra Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2020, 2021). De gir et bilde av "nåsituasjonen" i statlig barnevern, i psykisk helsevern og deres samarbeid. Oppsummert, finner vi ikke mye detaljert informasjon om ambulant psykisk helsehjelp i noen av disse rapportene. Utfordringsbildet er imidlertid gjenkjennelig fra tidligere dokumenter, og ambulante tjenester skisseres som en løsning.

### Riksrevisjonens undersøkning av om statlege barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjonar, 2020

Den ene rapporten er fra 2020 og undersøker om statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barnet ved plassering og oppfølging av barn i private og statlige barnevernsinstitusjoner, og eventuelle svake sider ved området (Riksrevisjonen, 2020). Undersøkelsen omfatter perioden 2017 til 2019. En av hovedanbefalingene i rapporten fra Riksrevisjonen er at barnevernsinstitusjonene skal legge til rette for at barn får nødvendig psykisk helsehjelp under oppholdet på barnevernsinstitusjoner. Det innebærer blant annet "*Økt tilgang til ambulante BUP-team for barneverninstitusjoner*" (s. 9).

### Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester, 2021

Den andre rapporten fra Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2021) hadde som mål å vurdere om personer med psykiske plager og lidelser har likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virkemidler er innrettet for å støtte spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid (s. 5). Rapporten omhandler også barnevernets rolle og samhandling med andre tjenester, men hele tiden med psykisk helsehjelp i fokus. Av størst relevans for vårt prosjekt er en av konklusjonene i arbeidet som sier at mange med psykiske plager og lidelser ikke får hjelp når de trenger det. Videre peker rapporten på at det i flere år har vært en målsetting å vri virksomheten i psykisk helsevern fra behandling i døgnavdelingene til poliklinisk og ambulant behandling. "*Bruk av ambulante metoder anbefales for pasienter som helseforetakene ikke når på andre måter*". Dette vil kunne gjelde barn som bor på barnevernsinstitusjon. Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at over halvparten av behandlerne i BUP har savnet muligheten til å gi behandling andre steder enn i poliklinikken i løpet av det siste året. I tillegg bemerkes det at antallet årsverk benyttet i ambulant behandling av barn og unge har gått ned fra 2015 til 2018 (s. 8). Vi gjør oppmerksom på at bruken av ambulant behandling ikke er avgrenset til barn i barnevernet.

## Oppsummeringsrapport fra Statsforvalterens tilsyn med barnevernsinstitusjoner i Innlandet 2021. Institusjonenes oppfølging av barnas psykiske helse.

Statsforvalteren i Innlandet gjorde i 2021 tilsyn med oppfølgingen av psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjonene i fylket. Vi har inkludert denne rapporten fordi den setter søkelys på psykisk helse. Den omtaler imidlertid *ikke* ambulante tjenester. Statsforvalteren har som utgangspunkt at gjennom lov, retningslinjer og rundskriv forventes det at institusjoner har en tydelig organisering av arbeidet med oppfølging av barnas helse. Dette inkluderer et system for ansvars- og oppgavefordeling, rutiner, prosedyrer og avtaler, et system for opplæring og veiledning av ansatte, samt rutiner for dokumentasjon og informasjonsflyt. Videre forventes det at institusjonene har kartlegginger og planer for barna, at tiltak følges opp i praksis og at barna får medvirke i prosessen. Det ble ført tilsyn med ti institusjoner. Oppsummert viste tilsynet at barn på barnevernsinstitusjoner i Innlandet i stor grad har behov for psykisk helsehjelp. Tilbudet fra BUP beskrives som variabelt, og noen steder ikke tilstrekkelig. Kommunale psykiske helsetilbud benyttes i liten grad. Slike funn er gjenkjennelig fra andre rapporter og studier. Rapporten konkluderer med at Statsforvalteren vil følge med på situasjonen framover og bidra med det den kan for at barna skal få god nok psykisk helsehjelp. Det er altså tydelig at tilbudet til barn med behov for psykisk helsehjelp ikke er godt nok, og ambulante tjenester kan følgelig være et virkemiddel.

## Barnevernsinstitusjonenes oppfølging av barn og unges (psykiske) helse. En oppsummering av Statsforvalterens tilsyn med barnevernsinstitusjonene i Trøndelag 2022

I 2022 undersøkte Statsforvalteren i Trøndelag barnevernsinstitusjonenes oppfølging av barn og unges (psykiske) helse, basert på samme rettslige grunnlag og med noenlunde samme målsetning som Statsforvalteren i Innlandet gjorde i 2021. Hensikten var formulert som å få mer kunnskap om hvordan barnevernsinstitusjonene bidrar til at barn og unge mottar forsvarlig helsehjelp, herunder også psykisk helsehjelp. Det ble gjennomført tilsyn av 15 institusjoner. Resultater fra tilsynet viser blant annet at helse er et tema som det snakkes om, særlig ved inntak. De fleste ungdommene rapporterer å ha fått tilbud om samtaler på BUP, men flere har ikke ønsket å benytte seg av tilbudet. De ansatte som er intervjuet forteller at det kan ta lang tid før et tilbud i BUP blir gitt, hvis ungdommen ikke allerede er i systemet. De opplever at de fleste ungdommene får tilbud om helsehjelp, men det kan være vanskelig for mange av dem å benytte seg av det når de er i en sårbar periode i livet. I tillegg kan det være at enkelte ungdommer ikke ønsker oppfølging fra BUP. En betydelig andel av de ansatte uttrykker at den største utfordringen for å få psykiske helsehjelp er at ungdommene selv ikke vil. Temaet ambulante tjenester blir *ikke* nevnt, og vi kan dermed gå ut ifra at det ikke har vært et fremtredende tema i tilsynet.

## Årsrapporter fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018-2021

Bufdir utgir årlige rapporter som blant annet redegjør for årets innsats, og vurderer framtidsutsikter. I årsrapportene fra Bufdir i perioden 2015-2021 er det kun én rapport (2021) som inkluderer ordet «ambulant». I årsrapporten fra 2021 (s. 118) går det fram at Bufdir har innhentet informasjon om regionenes bruk av ambulante BUP-team som ledd i å svare ut oppdrag i «TB 2021 fra BFD til Bufdir» (Bufdir, 2022). «Regionene rapporterer om stor variasjon innad i regionene og mellom regionene i bruk av ambulante BUP-team.» Vi forventet derfor å finne rapportering på bruk av ambulante BUP-team i Bufetats tertialrapportering til Bufdir (jf. neste avsnitt). Ettersom slik statistikk ikke fins finnes i den publiserte tertialrapporteringen, spurte vi Bufdir om hva som var årsaken. Bufdir svarer i epost at dette er på grunn av at rapporteringen er mangelfull, og datakvaliteten derfor ikke er god nok til at dataene kan deles. Videre at Bufdir jobber med å bedre datakvaliteten på dette området.

## Bufetats tertialrapportering 2022

I Bufetats tertialrapportering for 2022 gjøres en gjennomgang av de fem regionene, og undersøkes hvorvidt barnevernsinstitusjoner og omsorgssentra sikrer barns rett til nødvendig psykisk helsehjelp. Denne publikasjonen er av de nyeste som foreligger. Oppsummert viser rapporteringen følgende:

*Midt-Norge:* 43 prosent av de aktuelle barna har fått psykisk helsehjelp i andre tertial 2022. Dette er en stabil andel siden 2021.

*Nord:* 50 prosent av aktuelle barn har fått psykisk helsehjelp. Jevnt over er institusjonene meget fornøyd med samarbeidet med BUP, heter det.

*Øst:* Det kommenteres at styringsparameteret ikke måler om barn *ikke* innvilges helsehjelp. Det er mange årsaker til at barn ikke mottar eller benytter helsehjelp, herunder at barnet ikke samtykker til helsehjelp eller ikke ønsker å motta tilbud ved BUP.

*Sør:* Nye samarbeidsavtaler er utviklet og tatt i bruk. Samarbeidsavtale med Helse Sør-Øst er under revisjon.

*Vest:* Arbeider med å forbedre registreringen av helsehjelp slik det framkommer i Birk. Det er betydelig flere som får helsehjelp enn det som har blitt registrert, viser en gjennomgang, ifølge regionen. Samarbeid, regulert gjennom samarbeidsavtaler på lokalt og regionalt nivå, fungerer godt.

Rapportering på ambulante tjenester er ikke inkludert i de publiserte tertialrapportene. Som nevnt over rapporteres bruk av ambulante BUP-team fra institusjonene og til Bufetat, og videre fra Bufetat til Bufdir. Grunnen til at denne rapporteringen ikke er inkludert i de publiserte tertialrapportene er ifølge Bufdir at datakvaliteten foreløpig er for dårlig.

#### 5.4 Veien framover - politiske føringer og oppdrag

I dette siste avsnittet tar vi for oss dokumenter som kan sies å peke framover, og gi signaler til hva myndighetene ønsker å satse på. Det er en avveining om gjennomgangen av dokumentene skulle vært plassert først i kapitlet fordi de eldste er skrevet for noen år siden. De er sånn sett et uttrykk for en historie. Vi har likevel valgt å plassere dem her, som et uttrykk for retningen i helse- og barnevernspolitikken vi kan forvente at kommer til uttrykk i praktisk handling i årene framover.

##### Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019

I Nasjonal helse- og sykehusplan presenteres målbildet for helse og sykehus for perioden 2020-2023. I påvente av ny helse- og samhandlingsplan, er dette den siste planen på området. Planen skisserer altså "hvor vi vil". Her nevnes ambulante tjenester flere ganger. Relevant for dette prosjektet er målbilder knyttet til "pasientens helsetjeneste" og psykisk helsevern

*Pasientens helsetjeneste:* "Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. *Ambulante tverrfaglige team ivaretar de mest sårbare barna og unge* og voksne med alvorlige og sammensatte behov. Barn og unge med psykiske helseplager får tilbud på rett nivå til rett tid." (s. 7)

*Psykisk helsevern:* "Barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser mottar helhetlige tjenester fra relevante aktører, og uønsket variasjon i tilbudet er redusert. I samarbeid med kommunene bidrar spesialisthelsetjenesten til å forebygge kriser, akuttinnleggelser, selvmord og bruk av tvang. *Ambulante tjenester og samarbeidsteam med kommunene er godt utbygd.*" (s. 53)

Videre fremhever planen at barn er sårbare for å bli tatt ut av sitt daglige miljø og at behandling derfor i størst mulig grad bør gis poliklinisk og ambulant på de arenaene barn og unge er. Det er også behov for å utvikle flere digitale og ambulante tilbud (s. 72). Vi finner ikke stoff som direkte omhandler ambulante psykiske helsetjenester til barn og unge på barnevernsinstitusjon, men vi tar med eksemplet om Stillasbyggerne som er nevnt i dokumentet. Stillasbyggerne er altså en ambulant seksjon i avdeling BUP på Akershus universitetssykehus. Enheten jobber med å bygge nettverk rundt barn og unge som er under omsorg av barneverntjenesten, der tidligere oppfølging ikke har fungert. Stillasbyggerne hjelper kommunale barneverntjenester (i opptaksområdet til AHUS), og en institusjon med å gi riktig hjelp til riktig

tid – til barn som bor i fosterhjem og på institusjon. Alt arbeidet Stillasbyggerne gjør foregår ambulant, også hvis barna bor i fosterhjem på andre kanter av landet.<sup>5</sup>

### **Prop. 1 S (2021-2022) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), 2021**

Dette dokumenter er regjeringens forslag til stortingsvedtak (statsbudsjettet) for 2022 (Prop. 1 S (2021–2022), 2021). Temaene psykisk helse og ambulante tjenester nevnes, og flere av utgiftspostene knyttes til mål som det utadvendte sykehus. Under kapittel 1.5. Rus, psykisk helse, vold og traumer beskrives det at psykisk helsevern er et prioritert område i nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023, og videre at "kommuner og spesialisthelsetjenesten skal samarbeid om å innføre ambulante tverrfaglige team der det er befolkningsmessig grunnlag for det (s. 21). Videre beskrives det at gjennom Helsefellesskap og det utadvendte sykehus skal blant annet spesialister fra sykehus samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste, slik at pasienter i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester (s. 150).

Ambulante tjenester nevnes flere steder, men er ikke knyttet spesifikt til barn i barnevern/på barnevernsinstitusjon. Grupper og typer ambulante tjenester som nevnes er ACT/FACT og FACT-ung. (s. 156), samt tjenester til personer med habilitering og rehabiliteringsbehov.

Når det gjelder finansiering av ambulante konsultasjoner, blir det foreslått å gjøre enkelte endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Endringene innebærer blant annet en generell økning av tilleggsrefusjonen for ambulante konsultasjoner (s. 169).

Helsehjelp til barn i barnevern tas opp gjennom helsesatsingen. Beskrivelsen er på overordnet nivå: "Helsesatsingen i barnevernet skal utvikles videre" (s. 21), og "helsesatsingen skal evalueres og videreføres" (s. 156).

### **Tildelingsbrev/oppdragsdokumenter til direktoratene**

Ser vi på de nyeste tildelingsbrevne/oppdragsdokumentene fra department til direktorat og til de regionale helseforetakene, finner vi noe om ambulante tjenester. Alle de regionale helseforetakene har fått likelydende oppdrag (på dette området).

### **Tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fra Barne- og familiedepartementet, 2022.**

BLD ber Bufdir utføre følgende oppdrag i 2022:

O 51. Gjennomføre samfunnsøkonomiske analyser som oppfyller kravene i utredningsinstruksen av relevante modeller for henholdsvis a) koordinering på individnivå av tilbudet fra ulike sektorer til barn under offentlig omsorg, b) *ambulant helsehjelp* til barn med institusjonstiltak, og c) *ambulant helsehjelp* til barn som bor hjemme eller i fosterhjem.

### **Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i 2021, 2022 og 2023 fra HOD**

Oppdragsdokumentene til RHF-ene i 2021-2023 har likelydende formuleringer for alle årene, og innsatsen kan ses på som et bidrag i å oppnå det utadvendte sykehus. Det er formulert på følgende måte: "Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom *ambulante tjenester*.»

## **5.5 Oppsummering - dokumentstudie**

Gjennomgangen av dokumentene har vist at det er stor bevissthet rundt det faktum at en stor andel barn og unge under barnevernets omsorg har psykiske helseutfordringer. Tilgang til psykisk helsehjelp og en tjeneste som er tilpasset de unges behov blir dermed viktig. I tillegg fremheves det at manglende

<sup>5</sup> [Om oss — Stillasbyggerne](#) (lesedato: 23.2.23)



motivasjon hos de unge kan være en barriere for å få gitt helsehjelpen. Vårt søk har ikke vært satt opp for å gå detaljert inn på hvordan disse utfordringene skal løses. Vi har derimot rettet oppmerksomhet på ambulante tjenester og i hvilken grad de nevnes som en løsning på utfordringene.

Dokumentgjennomgangen viser at ambulante tjenester jevnlig nevnes som løsning på å skape mer tilgjengelige tjenester. Ambulante tjenester fremheves også som positivt med tanke på å slippe å ta ungdommen ut av sitt eget miljø. Selv om dokumentene over en lengre tidsperiode omtaler ambulante tjenester som viktig, og legger opp til en styrking av slike tjenester, er det likevel få konkrete eksempler på ambulante tjenester som fungerer i praksis. Det kan skyldes dokumentenes natur – at de er ikke utformet for å beskrive detaljer i enkelte tjenester. Samtidig er det verdt å merke seg at heller ikke i oppdragsdokument eller tildelingsbrev er ambulante tjenester særlig framtrædende. Det kan derfor synes som fremming av ambulante tjenester fortjener en ytterligere konkretisering og innsats, om de skal få økt utbredelse.

## 6 Oppsummering

### 6.1 Former for ambulant psykisk helsehjelp

Det ambulante psykisk helsetilbudet til ungdom i barnevernsinstitusjon består av ulike typer ambulante team, herunder akutteam, med litt forskjellig organisering og tilknytning innen psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten, samt eksempler på team også fra Bufetat.

Godt over halvparten av de 18 institusjonene i vårt utvalg oppgir at de har hatt kontakt med ambulant team, men det varierer hvor mye kontakt det dreier seg om. Videre varierer det hvor tilgjengelig hjelpen fra ambulante team oppleves for barnevernsinstitusjonene. Noen steder må det søkes inn via BUP, andre steder fungerer det mer lavterskel. Åpningstidene varierer, hvilken type problematikk det dreier seg om og hvor lang reisevei det er til institusjonen, er alle faktorer av betydning for om teamet kommer. Det varierer også hvor fleksible teamene er, for eksempel når det gjelder å avslutte behandlingstilbudet. Disse faktorene har betydning for hvorvidt institusjonene benytter seg av det ambulante tilbudet. Også akutteamene har ulike terskler for det å dra ut av institusjonen. Problemet med at kriser gjerne oppstår utenom kontortid gjelder generelt, og nevnes av mange. Her er det ofte andre tjenester inne enn psykisk helsevern (AMK, legevakt og politi).

Undersøkelsen viser også eksempler på andre former for team eller organisering. I vårt materiale skiller «Stillasbyggerne» ved Ahus seg positivt ut med mye god omtale fra en institusjon. Flere institusjoner beskriver også svært god veiledning fra Bufetats egne psykologteam.

Mens de fleste institusjonenes erfaring er at det ikke er aktuelt for BUP å komme til institusjonen, har andre en godt etablert praksis der enkeltbehandlere fra BUP har lav terskel for å komme, enten det gjelder behandling eller veiledning. Det kan være BUP'en som er innrettet slik, eller det kan dreie seg om enkeltbehandlere som selv velger å dra ut av klinikken. Flere av barnevernsinstitusjonene formidler et inntrykk av at BUP styres av krav om effektiv drift, og det å holde kostnadene nede, og at utstrakt ambulerende virksomhet dermed ikke kan prioriteres.

Digital behandling er ikke ambulant behandling, men har en viss utbredelse på grunn av at mange BUP'er innførte bruk av videokonsultasjon under pandemien. Ingen av institusjonene i undersøkelsen rapporterer om bruk av videokonsultasjon i noen særlig grad - kun sporadisk erfaring. Enkelte påpeker at det muligens kunne være bra med et tilbud om videokonsultasjon for ungdommer som ikke ønsker å møte opp på klinikken. På den annen side er det flere som mener at en taper mye i møte på skjerm, og tenker at det er uheldig for målgruppen.

### 6.2 Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsehjelp, barnevernets perspektiver

Så lenge det er språk mellom de som en oppfatter at trenger behandling, og de som får det, vil oppfatningen være at det trengs tiltak for å «lukke dette rommet», som flere i undersøkelsen uttrykker. Derfor er det også mange som peker på nytten av tiltak fra psykisk helsevern for å senke terskelen for deltakelse i et behandlingsopplegg. Det dreier seg mye om at institusjonene ønsker at BUP kommer til institusjonen for å skape trygghet og relasjon, for at ungdommen på sikt skal nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet.

Nytteverdien av ambulante tilbud er ikke ensbetydende med «på institusjonen» for alle, og flere institusjoner påpeker at en del ungdommer ikke ønsker behandling på institusjonen, av ulike årsaker. Flere forteller at en del ungdommer foretrekker behandling på BUP-klinikken. Undersøkelsen viser eksempler på ulike preferanser for den ene eller andre måten å få behandling på. Det som kan bety en lav terskel for noen ungdommer, kan utgjøre en høy terskel for andre. For noen er det viktig at BUP kommer til institusjonen i starten, men at man etter hvert ønsker seg til BUP-kontoret. Dette understreker



betydningen av ungdommers medvirkning i behandling, og det å ta seg tid til å undersøke hva som er ønskelig arena, sett fra ungdommen sitt ståsted. Generelt er det svært mange institusjoner som påpeker viktigheten av en god relasjon mellom ungdom og behandler, og noen mener at dette er viktigere enn at behandlingen skjer ambulant.

Nytten av ambulant psykisk helsehjelp, slik institusjonene opplever det, vil også være avhengig av eventuelle terskler for å få hjelpen, eksempelvis om det må søkes inn, om det er avgrenset geografisk eller om det kun er åpent i ordinær kontortid. Slike terskler kan gjøre hjelpen mindre aktuell. Kanskje kan det være nyttig å se nærmere på disse for å vurdere om det er mulig å gjøre ulike tilbud mer tilgjengelig.

Alle institusjonene vektlegger nytten av veiledning fra psykisk helsevern for å styrke kompetansen innen psykisk helse, få kunnskap om hvordan følge opp enkelte ungdommer og håndtere ulike situasjoner, og mange ser store fordeler av at veiledningen skjer på institusjonen. En viktig årsak er at dette gjerne bidrar til bedre informasjonsflyt og samarbeid omkring ungdommen. Det pekes på verdien av å øke kompetansen innen psykisk helse blant miljøpersonalet basert på at det er et stort behov for dette, og at det kan avhjelpe når det gjelder behovet for BUP.

Når det gjelder institusjonenes vurderinger av tilgang til ambulant psykisk helsehjelp sett opp mot behovet, beskriver det fleste institusjonene at de har behov for mer ambulant psykisk helsehjelp enn de får i dag. Det er ikke noe tydelig mønster blant de få institusjonene som beskriver en god eller tilstrekkelig tilgang. Den ene av disse påpeker at de har fått til et grunnleggende godt samarbeid mellom institusjonen og BUP, der de har fått avklart overfor hverandre hva institusjonen kan tilby og hva BUP kan tilby, og hva de kan få til sammen. En annen av disse føler seg svært godt ivaretatt av team fra «Stillasbyggerne», som er svært tilgjengelig og til stede på institusjonen.

Det store dilemmaet som gjennomgående beskrives av institusjonene er behovet for å lukke gapet mellom ungdommenes behov psykiske helsehjelp - og om ungdommen tar imot dette. Her peker undersøkelsen på utfordringer på grunn av manglende gjensidig forståelse mellom barnevern og psykisk helsevern om hva som er behovene, hva som er krise, og hvem som har ansvaret, hva som er barnevern og hva som er psykisk helse. Naturlig nok oppleves dette særlig ved akutte krisesituasjoner, og når en akutt innleggelse kommer i retur.

Det varierer mye hvordan samarbeidet er mellom institusjonen og BUP'en, og det varierer hvor aktivt det jobbes med samarbeidsavtalene. Flere institusjoner beskriver at de kanskje ikke fullt ut har utnyttet muligheten til dialog med BUP om behov og ansvarsfordeling. Enkelte institusjoner har en mer aktiv holdning. En av institusjonene gir en god beskrivelse av hvordan institusjonen har prioritert å jobbe for å få til et godt samarbeid med BUP som kan inspirere til et mer aktivt forhold til samarbeidsavtalene, og muligheten for å påvirke på systemnivå.

Når det gjelder kommunale tjenester viser undersøkelsen få eksempler på at barnevernsinstitusjonene bruker disse i noen særlig grad for sine beboere. Et unntak er akutte situasjoner der legevakt, AMK og av og til politi bistår. Barn i barnevernsinstitusjon skal få fastlege dersom vedkommende er fra annen kommune, eller at avstanden til egen fastlege tilsier det. Erfaringene med fastlegen for beboerne er varierte, og flere uttrykker at det er ønskelig med en fast fastlege for institusjonen. Dette for å sikre kontinuitet og øke fastlegens forståelse av ungdomsgruppen og deres kontekst. Helsesykepleier på skolen og helsestasjon for ungdom benyttes til en viss grad.

### **6.3 Erfaringer og oppfatninger av ambulant psykisk helsetilbud, regionalt helseansvarliges perspektiver**

De regionalt helseansvarlige i Bufetat etterlyser en klarere definisjon og differensiering av ulike typer ambulant virksomhet når det gjelder rapporteringskrav til Bufdir/BFD på omfang av ambulante tjenester i barnevernsinstitusjonene. Slik statistikken foreligger per i dag er den for dårlig kvalitetssikret, og innholdet vil sprike for mye til å kunne sammenliknes. Det var enighet på tvers av regioner om at ambulant psykisk



helsehjelp er nødvendig både for å sørge for fleksibilitet i behandling av den enkelte ungdom, men også for å gi god veiledning til miljøpersonalet i institusjonen og kunne nyttiggjøre seg relasjonen miljøpersonalet har til ungdommene.

Inntrykket til de regionalt helseansvarlige var at det er store forskjeller mellom BUP'ene på hvor mye ambulansetjenester de tilbyr. Dette mener de handler både om ledelse og kultur på poliklinikkene, men også om hvordan den enkelte behandler evner å skape seg handlingsrom til å drive ambulansetjenester ute i institusjonene. Informantene var klare på at barnevernsinstitusjoner har behov for ambulansetjenester fra psykisk helsevern, særlig i forbindelse med akutte situasjoner, men det var også en generell oppfatning om at barn i barnevernsinstitusjon er en målgruppe man ikke nødvendigvis når best ved å tilby behandlingen på et kontor. Høyt skolefravær som følge av mange avtaler med flere instanser er et problem for barn som er i kontakt med barnevernet, særlig de som bor i institusjoner som ligger langt fra sentrale strøk. Det er også høye samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til at ungdommenes nettverk må kjøpes fri og reise inn til behandlingsstedet i tilfeller der nettverket skal involveres i deler av behandlingen.

Det var enighet på tvers av regioner om at det er for lite samhandling mellom de kommunale psykisk helse- og rustjenestene og institusjonene per i dag, og at dette er noe som skal tas tak i. Fastlegene må også kunne forventes å kjenne til, og å kunne koble på, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn i barnevernsinstitusjon. I intervjuene kom det fram forventninger til mer samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir etter innføringen av nasjonalt forløp for barnevern, og noen mente allerede å merke en positiv utvikling her.

#### **6.4 Politikkdokumenter og tilsyn**

Dokumentgjennomgangen viste at det er stor bevissthet rundt utfordringene knytte til psykisk helse hos barn i barnevern, manglende motivasjon hos unge som en barriere, og viktigheten av bedre tilgjengelighet til psykisk helsehjelp. Ambulansetjenester nevnes jevnlig som løsning på å skape mer tilgjengelige tjenester, og fremheves også som positivt for å unngå å ta ungdommen ut av sitt eget miljø. Det er likevel få konkrete eksempler på ambulansetjenester som fungerer i praksis. Ambulansetjenester er heller ikke særlig framtreddende i oppdragsdokument eller tildelingsbrev. Inntrykket fra dokumentgjennomgangen er at, dersom en skal lykkes med å få en vekst i ambulansetjenester, bør dette komme tydeligere fram gjennom mer omtale, og konkretisering av strategier og innsats som forventes.

## 7 Litteratur

- Andersson, H. W., Ose, S. O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnanes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (SINTEF Rapport, Issue. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport\\_03-05\\_kunnskapsstatus\\_barn\\_og\\_unge.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf)
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf>
- Bufdir. (2022). *Årsrapport 2021 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*. [https://www2.bufdir.no/Bibliotek/Bufdirs\\_publicasjoner/Dokumentside/?docId=BUF00005492](https://www2.bufdir.no/Bibliotek/Bufdirs_publicasjoner/Dokumentside/?docId=BUF00005492)
- Bufdir/Helsedirektoratet. (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* (IS-11/2015, Issue. [bufetat.no/bestilling](http://bufetat.no/bestilling)
- Fossum, S., Lauritzen, C., & Vis, S. A. (2014). *Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern-en kunnskapsoversikt* (RKB Nord Rapport, Issue.
- Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S. A., Ottosen, A., & Rustad, K. B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge—en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 92(4), 282-297. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1891-1838-2015-04-04>
- Hatling, T., (red.). (2021). *Utredning om FACT Ung i Norge*. <https://napha.no/content/25067/utredningen-om-fact-ung-er-levert-til-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (IS-1570, Issue.
- Helsedirektoratet. (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- Helsedirektoratet. (2016). *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet* <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00003682>
- Helsedirektoratet. (2021). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kontinuitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020*, (SAMDATA, Issue. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/>
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S. I., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp. Sluttrapport* (SINTEF Fag, Issue. <https://hdl.handle.net/11250/2671744>
- Meld. St. 7. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Nord-Baade, S., Johansen, M., Stuen, H. K., Jensen, C. B., & Landheim, A. (2022). *Evaluering av FACT ung-piloter*. [https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/fact-ung\\_sluttrapport\\_2022.pdf](https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/fact-ung_sluttrapport_2022.pdf)
- NOU 2016: 16. *Ny barnevernslov — Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-16/id2512881/>
- Prop. 1 S (2021–2022). (2021). *Proposisjon til Stortinget*. Retrieved from <https://kudos.dfo.no/dokument/prop-1-s-2021-2022-2033>
- Prop. 106 L (2012–2013). *Endringer i barnevernloven*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-106-l-20122013/id720934/>
- Riksrevisjonen. (2020). *Undersøking av om statlege barnevernsmyndigheter sikrar det beste for barn i barnevernsinstitusjonar. Rapportvedlegg til Dokument 3:7 (2019–2020)*.

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/barnbarnevernsinstitusjonarrapportvedlegg.pdf>

Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Ruud, T., & Weimand, B. (2018). *Prosjekt Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. SAMDATA. SAMDATA SPESIALISTHELSETENESTEN. Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern/>

Sentio. (2022). *Helsetilbud til barn og unge i institusjon*.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis (2. utg)* Gyldendal. Oslo.

Ådnanes, M., Haugen, G. M. D., & Melby, L. (2016). *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern-Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand*. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2568347>