

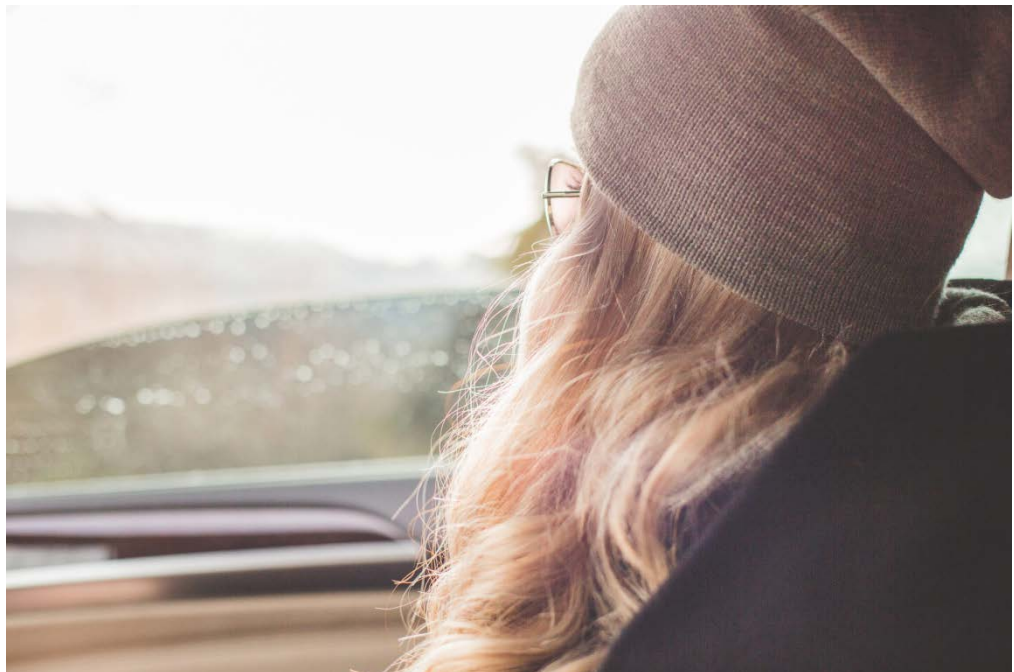
2017:00169 - Åpen

Rapport

Evaluering av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov"

Forfattere

Jannike Kaasbøll
Line Melby, Marian Ådnanes



Rapport

Evaluering av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov"

EMNEORD:
Barnevern
Psykisk helse
Samhandling
Ungdom

VERSJON
1.1

DATO
2017-06-27

FORFATTERE
Jannike Kaasbøll
Line Melby, Marian Ådhanes

OPPDRAKSGIVER(E)
Bufetat, Region Midt-Norge

OPPDRAKSGIVERS REF.
Gunn Helen Wikan

PROSJEKTNR
102015177

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
53+ vedlegg

SAMMENDRAG

En stor andel barn og unge i barnevernsinstitusjoner har udekkede behov for psykisk helsehjelp. På denne bakgrunn har Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) utviklet og prøvd ut en modell for gjensidig forpliktende samhandling mellom et utvalg av barnevernets omsorgsinstitusjoner og de respektive lokale BUP-poliklinikker, for å sikre at nylig innskrevne barn og unge får nødvendig helsehjelp for sine psykiske vansker. Målet med evalueringen har vært å undersøke hva som karakteriserer de nye samhandlingsformene og rutinene mellom barnevern og BUP, og hvilke faktorer som fremmer og hemmer effektiv samhandling for å oppnå tidlig kartlegging og oppfølging av psykiske vansker. Det ble gjennomført individuelle- og fokusgruppeintervju med et utvalg deltakere i pilotprosjektet: Ansatte ved tre institusjoner, BUP-ansatte, saksbehandlere i kommunen og ungdommer (totalt 22 personer). Studien viser at deltakerne ser på modellen som et godt tiltak som fungerer etter intensjonen. Tydelig rollefordeling, klare ansvarlinjer og tidsfrist fremmer samhandlingen. utfordringer var knyttet til å få inkludert kommunale saksbehandlere, samt bruk av multiinformant-perspektivet i ASEBA. Ungdommene ser positivt på kartlegging av psykisk helse.

UTARBEIDET AV
Jannike Kaasbøll

KONTROLLERT AV
Solveig Osborg Ose

GODKJENT AV
Jon Harald Kaspersen

RAPPORTNR
2017:00169

ISBN
978-82-14-06702-6

GRADERING
Åpen

SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR



GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1	2017-06-16	Rapport oversendt oppdragsgiver for kommentarer

1.1	2017-06-27	Ferdigstilt utgave av rapport
-----	------------	-------------------------------

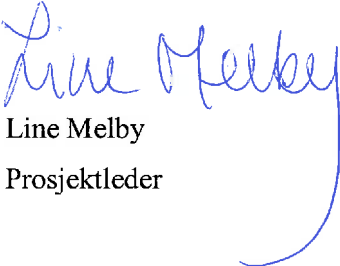
Forord

I denne rapporten presenterer vi evalueringen av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov." Studien har pågått våren 2017, og det har vært et spennende arbeid på et viktig felt.

Vi vil takke for godt samarbeid med oppdragsgiver, Bufetat Region Midt-Norge, i gjennomføringen av prosjektet. En stor takk går også til ansatte ved barneverninstitusjoner, BUP og saksbehandlere i barnevernet som har stilt opp på intervju. Ikke minst vil vi rette en stor takk til de ungdommene som har delt sine erfaringer om hvordan det er å bo på institusjon og bli kartlagt for sin psykiske helsetilstand.

I SINTEF er det hovedsakelig forsker Jannike Kaasbøll og seniorforsker og prosjektleder Line Melby som har jobbet med studien. Forskningsleder Marian Ådnanes har bidratt med innspill til studien og seniorforsker Solveig Osborg Ose har vært kvalitetssikrer for arbeidet.

Trondheim, 27. juni 2017



Line Melby
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Figur og tabeller	6
Forkortelser og benevnelse av informanter	7
Sammendrag	8
1 Bakgrunn	11
1.1 Identifisering av psykiske vansker og hjelpebehov hos barn og unge på barnevernsinstitusjon	11
1.2 Behov for samhandling om kartlegging og oppfølging av psykiske vansker hos barn og unge på barnevernsinstitusjoner	12
1.3 Barnets behov i fokus – brukermedvirkning	12
2 Evalueringens formål og innhold	14
2.1 Hovedtema og spørsmål belyst i evalueringen.....	14
2.1.1 Samhandlingsformer og rutiner	14
2.1.2 Kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP	14
2.1.3 Brukermedvirkning	15
2.2 Disposisjon	15
3 Pilotprosjektet	16
3.1 Mal for fagmøte	16
3.2 Modell	16
3.3 Organisering.....	17
3.4 Aktører involvert i pilotprosjektet	17
3.4.1 Barnevernsinstitusjoner	18
3.4.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	18
3.4.3 Barneverntjenesten	18
4 Arbeidsmetode	19
4.1 Gjennomgang av dokumentasjonsark	19
4.2 Kvalitativ metode - intervjuer	19
4.3 Utvalg, rekruttering og gjennomføring	19
4.3.1 Intervju med ungdommer	19
4.3.2 Intervju med tjenesteutøvere.....	20
4.4 Etikk.....	21

5	Resultater	23
5.1	Beskrivelse av saker i pilotprosjektet basert på gjennomgang av dokumentasjonsark	23
5.2	Pilotprosjektet: innføring av nye samhandlingsformer og rutiner	24
5.2.1	Hovedsakelig positive erfaringer med samhandlingsmodellen.....	24
5.2.2	Opplæring	27
5.2.3	Roller, ansvar, og rutiner	27
5.2.4	Kommunikasjon og informasjonsflyt	28
5.3	Fagmøte	29
5.3.1	Deltakere i fagmøtet.....	29
5.3.2	Tidsfrist tre uker	31
5.3.3	Dokumentasjonsgrunnlag og drøfting på fagmøtet	33
5.4	ASEBA som kartleggingsverktøy av psykisk helse	34
5.4.1	Bruken av ASEBA.....	34
5.4.2	Multiinformantperspektivet i ASEBA.....	39
5.5	Henvvisning til BUP	40
5.5.1	Revurdering etter seks måneder, om ikke henvisning i første omgang.....	40
5.5.2	Henvisningsgrunnlaget	40
5.6	Enslige mindreårige.....	41
5.7	Brukermedvirkning	42
5.7.1	Ungdommenes perspektiver	42
5.7.2	Ansattes perspektiver	44
6	Diskusjon	46
6.1	Samhandlingsformer og rutiner.....	46
6.2	Kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP.....	47
6.3	Brukermedvirkning	49
7	Konklusjon og anbefalinger.....	50
	Referanser	51

BILAG/VEDLEGG

1. Mal for fagmøte
2. Dokumentasjonsark
3. Intervjuguide ungdom
4. Intervjuguide ansatte

Figur og tabeller

Figur 1: Modell for å sikre kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon

Tabell 1: Aktører involvert i pilotprosjektet

Tabell 2: Oversikt over utvalget – ungdommer

Tabell 3: Oversikt over utvalg – tjenesteutøvere/ansatte

Tabell 4: Oversikt over saker som har vært inkludert i pilotprosjektet

Forkortelser og benevnelse av informanter

Forkortelser		
ASEBA		The Achenbach System of Empirically Based Assessment
YSR		Youth Self Report
CBCL		Child Behavior Checklist
TRF		Teacher Report Form
BUP		Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
RKBU		Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern
ADHD		Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kode		Informantgruppe
ARB	(1-5) ^a	Arbeidsgruppen
UNG	(1-6)	Ungdom
SBB	(1-2)	Saksbehandlere i barneverntjenesten
BUP	(1-3)	BUP – ansatte
BVI	(1-6)	Barnevernsinstitusjon – ansatte

^a Hver person har blitt gitt ett nummer innenfor sin informantgruppe.

Sammendrag

I denne studien har vi evaluert pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov" som er et samarbeidsprosjekt mellom Bufetat Region Midt-Norge og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Målet med pilotprosjektet er å sikre at barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner blir tidlig utredet for psykiske vansker og får nødvendig helsehjelp. Tiltakene i pilotprosjektet består av (i) kartlegging av alle barn/ungdoms psykiske helse ved hjelp av multiinformantskjemaet ASEBA etter innflytting på institusjon og (ii) en tverrfaglig drøfting av den unges situasjon mellom ansatte i institusjonen, BUP og barneverntjenesten på et såkalt fagmøte. ASEBA utgjør en viktig del av drøftingsgrunnlaget. Fagmøtet vurderer om henvisning til BUP er nødvendig. Dersom de kommer frem til at de bør henvise den unge, gjøres dette via vanlige henvisningsveier og behandles i BUPs inntaksmøte. Dersom de kommer frem til at henvisning ikke er nødvendig på nåværende tidspunkt, skal det gjøres en ny vurdering etter maksimalt seks måneder.

Datagrunnlaget i studien er intervjuer med totalt 22 personer. Dette inkluderer ungdom på to barnevernsinstitusjoner (n=6), ansatte ved tre barnevernsinstitusjoner (n=6), ansatte ved tre BUP-klinikker (n=3), saksbehandlere i barneverntjenesten (n=2) (i to kommuner), samt medlemmer i arbeidsgruppen for pilotprosjektet (n=5). Alle institusjonene er omsorgsinstitusjoner. I tillegg har vi fått tilgang til dokumentasjonsark for hver av de 21 unge som har vært inkludert i prosjektet.

Tre overordnede tema er undersøkt i studien:

- 1) samhandlingsformer og rutiner i pilotprosjektet
- 2) kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP
- 3) brukermedvirkning.

Samhandlingsformer og rutiner

Oppsummert finner vi at tjenesteutøverne generelt sett har gode erfaringer med samhandlingsmodellen. Modellen er forholdsvis enkel og ligger tett opp til slik praksis var før modellen ble innført, det har derfor vært lite behov for opplæring. Informantene peker på at det er en styrke at roller og ansvar er godt avklart, og etablering av en fast kontaktperson i BUP fremheves som positivt. Kommunikasjon og informasjonsflyt mellom aktørene i prosjektet fungerer som oftest bra. Det blir imidlertid trukket frem at det er en utfordring å få inkludert saksbehandlerne i barneverntjenesten på fagmøtet, og de ser behov for å anvende kommunikasjonsformer som videokonferanse/Skype for å i større grad få med saksbehandler. Studien viser også at ungdom har et udekket behov når det gjelder informasjon om ASEBA-kartleggingen. Dette gjelder både med hensyn til formål med kartleggingen, hvordan skjemaet skal fylles ut og hvem som har tilgang til resultatene. Ansatte påpeker at de forsøker å bruke tid på å gi slik informasjon, men vi ser at det er et potensial for enda bedre/mer informasjon.

Når det gjelder fagmøtet, synes ansatte at det er nyttig med et tverrfaglig møte. Det muliggjør en felles diskusjon om den unges behov hvor de kan komplementere hverandres kunnskap. Tidsfristen for å avholde fagmøte er satt til 21 dager (tre uker). Gjennomgangen av sakene i pilotprosjektet viser at det i gjennomsnitt tar 45 dager før fagmøtet er gjennomført. Når vi har tatt bort to saker som tok svært lang tid, tar det i gjennomsnitt 27 dager. Noe under halvparten av sakene gjennomføres innen tidsfristen.

Overordnet sett bidrar hyppigere kontakt enn tidligere mellom barnevernsinstitusjonene og BUP til at terskelen for å ta kontakt med hverandre blir lavere. En heldig bieffekt av prosjektet er dermed styrket kontakt mellom tjenestene generelt sett. Det er imidlertid verdt å påpeke at både institusjonene og BUP-klinikkene i pilotprosjektet også tidligere hadde det som ble beskrevet som et godt samarbeid.

Kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP

ASEBA er et mye brukt kartleggingsskjema for å avdekke den psykiske helsetilstanden til barn/ungdom. Studien tyder på at det er viktig med et kartleggingsskjema der en kan rapportere skriftlig om problemer og styrker. Ungdom peker på at for de som ikke er fortrolige med å snakke om følelser kan det å formidle erfaringer via et skjema være gunstig. Hvorvidt det er ASEBA som skal være det foretrukne kartleggingsskjemaet, ligger utenfor denne evalueringen å besvare.

Multiinformantperspektivet i ASEBA blir forsøkt ivaretatt og oppleves positivt, særlig fra ansatte. Fordelen er åpenbar ved at når ulike aktører (ungdom, foresatte og skole) gir sin vurdering, får man frem forskjellige perspektiver på det samme fenomenet (den unges psykisk helse). Ulempen kan blant annet være at det kan være vanskelig å få til en komplett og god utfylling fra alle aktører. Studien viser at det kan være vanskelig å få gjennomført dette i praksis. Det kan for eksempel skyldes at de som skal fylle ut skjemaet ikke kjenner ungdommen godt nok. Slike begrensninger understreker betydningen av at ASEBA suppleres med annen informasjon.

Dokumentasjonsgrunnlaget for å avgjøre om en skal anbefale videre henvisning eller ei inkluderer altså en gjennomgang av resultatene fra ASEBA, og en tverrfaglig/tverretattlig drøfting i fagmøtet. Resultatene fra ASEBA er en viktig del av dokumentasjonsgrunnlaget, men informantene understreker at ASEBA alene ikke er tilstrekkelig, men må suppleres med deltakernes kunnskap om saken og ungdommen. Særlig etterlyses det at saksbehandler fra barneverntjenesten deltar på fagmøtet og kan presentere et lengre perspektiv (for de saksbehandlerne som har hatt langvarig kjennskap til saken). I visse saker fremkommer det at dokumentasjonsgrunnlaget kan være mindre omfattende enn ønskelig. For eksempel gjelder dette for enslige mindreårige flyktninger og for unge som plasseres i mer akutte tilfeller. I slike tilfeller er det særlig viktig at ungdommens stemme blir hørt, og muligheten for selvrapportering blir dermed sentral. Alt i alt ser likevel fagmøtet ut til å gi et tilstrekkelig grunnlag for å diskutere henvisning. Studien viser videre at langt de fleste sakene som tas opp i fagmøtet anbefales henvist videre, begrunnet i et behov for hjelp fra BUP. Det ser ut til å være stor grad av enighet om disse beslutningene.

Brukermedvirkning

Samhandlingsmodellen innebærer ikke spesifikke tiltak som skal styrke brukermidvirkning og ungdommenes innflytelse på eget hjelpetilbud, annet enn at ASEBA har selv-rapport skjema. Selv-rapport kan sies å være et verktøy for innflytelse gjennom at ungdommen får presentere sin egen versjon av seg selv/sin psykiske helse. Med det utgangspunktet, blir det viktig at ungdommene fyller ut ASEBA på en gjennomtenkt og oppriktig måte. Ungdomsinformantene i studien hadde alle fylt ut skjemaet på en seriøs måte, ifølge dem selv. Samtidig ble det mye diskutert at ungdom har behov for å få tydelig informasjon om hva som er hensikten med ASEBA-kartleggingen og hvordan man skal tenke når man gjør utfyllingen. Og ikke minst ønsker flere ungdommer at besvarelsen forblir anonym for de ansatte på institusjonen, altså at personale ikke får se hva ungdommen har svart. Behovet for anonymitet, slik at ungdommen rapporterer mest mulig sannferdig for å ivareta ASEBAs psykometriske egenskaper, er dermed noe man må ta stilling til

i en eventuell videreføring av prosjektet. Ungdommenes ønske om anonymitet må samtidig ses opp mot personalets behov for å vite mest mulig om ungdommene for å kunne ivareta dem på god måte.

For øvrig viser studien at institusjonene jobber med brukermedvirkning gjennom handlingsplaner og jevnlig brukerundersøkelser. Dette eksisterte uavhengig av pilotprosjektet. Generelt viser også studien at ungdom har medvirkning i den forstand at de kan takke nei til tilbud (f.eks. til BUP) – og gjør det. Institusjonene på sin side forteller at de bistår ungdommene i å komme seg til avtaler med BUP og forsøker å motivere de som de anser har behov for det, men som ikke har takket ja til behandling.

Ungdommene i studien ser generelt sett ut til å ha ganske god problemforståelse. De uttrykker en forståelse for at mange ungdommer på institusjon har behov for psykisk helsehjelp. Videre synes de at det er greit med en kartlegging av alles psykiske helse.

Ungdommer som bor på barnevernsinstitusjon har ikke blitt involvert i planlegging og utvikling av samhandlingsmodellen. Denne gruppen – som er den hele prosjektet handler om – kunne med fordel vært involvert i utarbeidelsen av modellen. Det kunne også ha styrket brukerinvolveringen.

Konklusjon og anbefalinger

Sammenliknet med situasjonen før man startet med pilotprosjektet, ser vi at det er en større systematikk i arbeidet med å vurdere og følge opp de unges psykiske helse. Det er tettere kontakt mellom ansatte i institusjonene og i BUP, og samhandlingen erfares som mer forpliktende. Det sikrer at de unge i større grad enn tidligere raskt får vurdert behovet for nødvendig helsehjelp, medfølgende en eventuell anbefaling om henvisning til BUP. Anbefalingen tas som regel til følge. Ut ifra funn i denne studien kan vi ikke si noe om hvordan hjelpen fungerer, men vi kan si at døren for å få hjelp står mer åpen.

I en eventuell utbredelse av pilotprosjektet er det flere problemstillinger som må diskuteres. Disse handler i stor grad om balansering mellom ressursbruk i tjenestene og nytte av tiltaket. Spørsmålene er for det første knyttet til inkludering av beboere. Skal alle barn og unge som flytter inn på omsorgsinstitusjoner få tilbud om kartlegging av psykisk helse, eller kan man utelukke de som allerede er i et behandlingsløp i BUP? Videre handler det om hvilke aktører som skal delta på fagmøtet og om man trenger å avholde fagmøte for alle unge som kartlegges. Tenker vi på en enda mer radikal utvikling av modellen kan vi også tenke oss at ressurser bør vises til kommunene, slik at kartlegging av psykisk helse kan skje allerede der – før den unge plasseres på institusjon. Kommunal kartlegging (og oppfølging) kan tenkes å fungere forebyggende og bidra til at den unge kan bo lengre hjemme.

1 Bakgrunn

Rapporten "Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner" (Kayed et al., 2015) viser at det er høy forekomst på 76 prosent av psykiske lidelser innen de tre siste månedene blant unge i barneverninstitusjoner, kun 38 prosent oppgir at de har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene i løpet av denne perioden. Dette indikerer at en stor andel av barn og unge på barnevernsinstitusjoner har udekkede behov for tjenester fra både helsetjenesten og barnevern (Kayed et al., 2015). Dette er ikke en særnorsk utfordring, men gjelder også internasjonalt (Arcelus, Bellerby, & Vostanis, 1999; Burns et al., 2004; Heflinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Kjelsberg & Nygren, 2004). I tråd med disse funnene er det behov for tiltak for å sikre at barnevernets klienter med psykiske vansker får tidlig tilgang til hensiktsmessige psykiske helsetjenester (Hdir & Bufdir, 2016; Lurie & Tjelflaat, 2009).

1.1 Identifisering av psykiske vansker og hjelpebehov hos barn og unge på barnevernsinstitusjon

Tidlig identifisering og utredning av psykiske vansker blant unge på barnevernsinstitusjoner er nødvendig for å kunne gi en forsvarlig oppfølging av vanskene og slik forebygge vedvarende vansker (Burns et al., 2004; Mount, Lister, & Bennun, 2004). Konsekvensene av å ikke avdekke psykiske vansker eller lidelser hos unge på barnevernsinstitusjon kan på kort sikt føre til at oppholdet forstyrres eller må avbrytes (Mount et al., 2004), og på lengre sikt kan det bidra til økt risiko for psykiske lidelser, redusert livskvalitet, økt sykefravær, uføretrygd og dødelighet (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Sameroff, 2010). Tidlig intervensjon kan forhindre at vanskene forverres og fører til et mer omfattende hjelpebehov. Det kan være flere årsaker til at ungdom som trenger hjelp ikke mottar hjelp. De kan ha dårlige erfaringer med tjenestene eller de kan avvise undersøkelses- og/eller behandlingstilbud. Ungdom generelt har lavt kunnskapsnivå om psykisk helse og tilgjengelige tjenester, og de kan oppleve stigma ved å søke hjelp (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Videre kan ungdommer vegre seg på grunn av økt behov for privatliv og selvstendighet samt en skjør identitet (Cauce et al., 2002). Når unge mennesker søker hjelp, henvender de seg gjerne til familie og venner (Gulliver et al., 2010; Wilson, Rickwood, & Deane, 2007). En studie indikerer at foreldre til barn under barnevernets omsorg er blant de som minst tar kontakt med psykisk helsevern når det gjelder sine barns psykiske vansker (Villagrana, 2010). Ansatte på barnevernsinstitusjon kan være en viktig ressurs for å identifisere psykiske vansker blant barn og unge (Schneiderman & Villagrana, 2010). Imidlertid viste en studie av Mount et al. (2004) at det kan være utfordrende for ansatte på barnevernsinstitusjoner å identifisere psykiske lidelser blant barn og unge. Flere studier indikerer at en kartlegging/screening ved bruk av validerte måleinstrumenter kan bidra til å redusere gapet mellom de som trenger helsetjenester og de som mottar dem (Levitt, 2009; Petrenko, Culhane, Garrido, & Taussig, 2011; Romanelli et al., 2009).

I arbeidet med tidlig identifisering av psykiske vansker er tilgangen på egnede utredningsverktøy viktig (Janssens & Deboutte, 2009). Det eksisterer ulike instrumenter for å kartlegge atferdsmessige- og emosjonelle problemer blant barn og unge. Et av de mest brukte instrumentene som har blitt benyttet til å måle psykopatologi blant barn og unge (Janssens & Deboutte, 2009) er "*The Achenbach System of Empirically Based Assessment*" (ASEBA) (Thomas M Achenbach, 1991; T. M. Achenbach & Rescorla, 2001; T. M. Achenbach & Ruffle, 2000; Hanssen-Bauer, Langsrud, Kvernmo, & Heyerdahl, 2010). ASEBA er en omfattende multiinformant (forelder/foresatt, lærer og barn) spørreskjemapakke (Child Behavior Checklist, Teacher Report Form og Youth Self Report) utviklet av Thomas M. Achenbach og kolleger i løpet av de siste 30 årene (Kornør & Jozefiak, 2012). Salbach-Andrae et al. (2009) har i sin studie undersøkt grad

av overensstemmelse mellom CBCL, TRF og YSR i et klinisk utvalg; ungdommer som har blitt henvist til psykiatrisk behandling. De påpeker at det ikke er å anbefale å vurdere grad av psykopatologi hos ungdom kun basert på ungdommens selvrappport, som for eksempel YSR da det er en tendens til at ungdommene underrapporterer sine vansker. I følge Janssens og kollegaer (Janssens & Deboutte, 2009) er skårene på validerte måleinstrumenter og intuitive bedømmelser viktige signaler på behov for spesialisert hjelp, men det er fortsatt et gap mellom informasjonen som samles inn under en spørreskjemakartlegging (screening) av psykisk helse og type- og intensitet av hjelpebehov. Det eksisterer lite forskning på ungdommenes og de ansattes opplevelser og holdninger til kartlegging/screening av psykisk helse ved inntak i barnevernsinstitusjoner. En studie av Gleason et al. (2012) indikerte at ansatte i barnevernet hadde positive holdninger til å ta i bruk screening-instrumenter for å kartlegge psykisk helse hos barn og unge. På bakgrunn av dette er det nødvendig med økt kunnskap om hvordan tjenestene kan samarbeide om å yte en best mulig identifisering av psykiske lidelser, behov for hjelpetilbud for målgruppen og gode rutiner for utredning og videre oppfølging.

1.2 Behov for samhandling om kartlegging og oppfølging av psykiske vansker hos barn og unge på barnevernsinstitusjoner

Samarbeidet mellom barnevernsinstitusjoner og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har blitt fremhevet som problematisk, og det er økt fokus på at samarbeidet må bli bedre (Backe-Hansen, Bakketeig, Gautun, & Grønningsæter, 2011). En viktig bakgrunn for økt fokus på behovet for bedre samordning mellom tjenester er at det er stadig mer komplekse og utfordrende saker i både barnevern og psykisk helsevern (Gjertsen & Lichtwarck, 2013; Tobon, Reid, & Brown, 2015). Et godt samarbeid mellom tjenestene kan medvirke til å styrke tilbudet. Bai et al. (Bai, Wells, & Hillemeier, 2009) påpeker at bedre tverretattlig koordinering mellom barnevernstjenester og psykisk helsetjeneste, gjennom blant annet mer informasjonsdeling på tvers og ved å samarbeide om sakene kan føre til både bedre tilgjengelighet og forbedring av tjenestetilbudet. Mangel på samarbeid kan tilsvarende føre til at barn og unge med stort behov for hjelp ikke får den hjelpen de trenger. SINTEF har relativt nylig evaluert tverretattlig samarbeid om felles akuttjeneste i Kristiansand, der kommunen, Bufetat og Sørlandet sykehus samarbeidet om å gi et mer helhetlig og sammenhengende tilbud til barn/unge og deres familier (Ådnes, Dalseng Haugen, & Melby, 2016) Evalueringen viste at man gjennom en rekke organisatoriske, administrative og faglige tiltak i stor grad lyktes med å skape en samarbeidsplattform for en felles tjeneste. Videre ble det funnet at modellen inneholder en rekke elementer som fremmer god koordinering mellom tjenestene, noe som kom brukeren til gode på flere måter. Både ungdommer og foreldre var jevnt over fornøyd med hjelpen og oppfølgingen de fikk. I en litteraturgjennomgang om samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge i Norge (Fossum, Lauritzen, Vis, Ottosen, & Rustad, 2015) påpekes det noen utfordringer knyttet til samhandling. Forhold som ulik administrasjon, organisering, økonomi, kompetanse, ulike faglige og metodiske tilnærminger og lovverk kan føre til at det oppstår vansker i samhandlingen mellom tjenestene (Fossum et al., 2015).

1.3 Barnets behov i fokus – brukervedvirkning

Nyere forskning viser at barn og unge opplever begrenset medvirkning i sin kontakt med barnevernet (Paulsen, 2016; Vis, Holtan, & Thomas, 2012). Helsedirektoratet og Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet har fremhevet betydningen av god kartlegging av barnets behov i utredningsfasen, for å sikre riktig tiltak og ivareta behov for helsehjelp i prosessen. En god utredning tidlig i forløpet og hjelp som er godt tilpasset

barnets behov vil kunne hindre skjevutvikling og minske behov for mer inngripende tiltak. Det er særlig viktig at barnets stemme blir hørt og vektlagt i utredningen (Hdir & Bufdir, 2016). Gode og effektive brukerforløp må utvikles i tråd med behov og krav til brukerne, og brukernes rett til medvirkning og informasjon som er fremhevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (§§ 3-1,3-2,3-6), og som tjenestene er forpliktet til å følge, samt i barnevernloven (§ 6-3). Brukermedvirkning handler om å sikre brukeren mulighet til selv å medvirke og ta beslutninger i forhold som angår han eller henne. Brukeren har rett til å få informasjon om egen helsetilstand og behandling. I SINTEF-rapporten "Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner" (Kaasbøll & Aanonli, 2015) ble elleve ungdommer i alderen 14 til 18 år som bodde på omsorgsinstitusjoner intervjuet om sine erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utrekede barrierer for helsehjelp som flere av ungdommene påpekte, var utfordringer relatert til å gjøre seg forstått og frustrasjon over ikke å bli tatt på alvor i møte med helsepersonell. Flere ungdommer hadde en oppfatning av at man ikke kunne få psykisk helsehjelp før man var alvorlig psykisk syk (f.eks. selvskading og suicidalitet), noe de trodde var på grunn av stor pågang og ventetid. Det var også antydninger til at det å oppsøke hjelp på egen hånd ble opplevd som vanskelig og stigmatiserende, noe som virket mer utpreget hos gutter enn hos jenter. Dette er det viktig at systemet rundt ungdommene er særlig oppmerksomme på. Oppsummert viser altså forskning på tjenestetilbudet til barn og unge i barnevernsinstitusjoner at de i langt større grad enn andre barn og unge har psykiske lidelser, og at en stor andel har udekkede behov for tjenester.

2 Evalueringens formål og innhold

Formålet med evalueringen var å få kunnskap om hva som bidrar til effektiv samhandling mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) når det gjelder å sikre at barn i barnevernsinstitusjoner blir tidlig utredet for psykiske vansker og får nødvendig helsehjelp.

2.1 Hovedtema og spørsmål belyst i evalueringen

I evalueringen har vi undersøkt hva som karakteriserer de nye samhandlingsformene mellom barnevernsinstitusjoner og BUP, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer effektiv samhandling omkring barn/ungdommers psykiske vansker. Vi har fokusert på tre hovedtemaer: 1) samhandlingsformer og rutiner, 2) kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP og 3) brukermedvirkning. Innenfor hvert av disse temaene har vi stilt følgende forskningsspørsmål:

2.1.1 Samhandlingsformer og rutiner

Erfaringer med samhandlingsmodellen:

- Hva er erfaringene overordnet sett med samhandlingsmodellen?
- Hvordan erfarer ansatte dagens praksis (med ny modell) sammenliknet med hvordan samarbeidet foregikk tidligere?
- Hva slags opplæring har ansatte fått i praksis og rutiner som modellen bygger på?

Roller, ansvar og informasjonsflyt:

- Opplever ansatte at arbeidsrutiner og roller er tydelig definerte og formidlet?
- I hvilken grad overholdes tidsfristen om avtale om fagmøte innen tre uker etter at barnet/ungdommen kommer til barnevernsinstitusjonen? Hvis ikke fristen overholdes, hva er årsakene til det?
- Hvordan oppleves kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom de ulike aktørene?

2.1.2 Kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP

- I hvor stor grad vurderes dokumentasjonsgrunnlaget (fagmøtet) for henvisning til BUP som tilstrekkelig og relevant?
- Hvordan vurderer ansatte i barnevern og psykisk helsevern fagmøtet kontra tradisjonell arbeidsform med tanke på dokumentasjonsgrunnlag for henvisning?

ASEBAs egnethet

- Hvordan oppleves ASEBAs egnethet i forhold til kartlegging av psykisk helse hos barn/ungdom i barnevernsinstitusjoner?
- I hvor stor grad benyttes multiinformantperspektiv (Teacher Report Form og Youth Self Report) i tillegg til Child Behavior Checklist i kartleggingen?
- Hvilke fordeler/ulempes har eventuelt bruk av multiinformantperspektiv?
- Hvordan oppleves ASEBAs egnethet som en del av dokumentasjonsgrunnlaget for henvisning?

Henvisning

- Hvilke saker henvises videre fra fagmøtet, og hvilke henlegges?
- Hva kjennetegner saker som henvises videre, og hva kjennetegner saker som henlegges?
- I hvilken grad er det enighet/uenighet blant deltakerne i fagmøtet om barnets/ungdommens behov for videre hjelp?

2.1.3 Brukermedvirkning

Bruker/barneperspektiv (inkludert barn/ungdom over 12 år)

- Hvordan opplever barna/ungdommene sitt hjelpebehov, og hvordan har det blitt imøtekommet fra de ulike tjenestene?
- I hvor stor grad har ungdommene følt seg ivaretatt av tjenestene gjennom hele forløpet - fra innskriving, kartlegging til videre oppfølging (uavhengig av eventuell henvisning)?
- Hvordan opplever barna/ungdommene å bli kartlagt, inkludert eventuell egen utfylling av ASEBA/YSR?
- Opplevde barna/ungdommene at de fikk god nok informasjon om målet med kartleggingen og eventuelt videre forløp?
- Opplever barna/ungdommene at de har medvirkning, og innflytelse på hva slags tjenestetilbud de får?
- Hva mener barna/ungdommene kunne blitt gjort annerledes?

Ansattes perspektiv

- Hvordan opplever ansatte at bruker-/barneperspektivet blir ivaretatt i kartlegging av psykiske vansker og videre oppfølging av nylig innskrevne barn og unge?
- Finnes det noen spesielle rutiner eller tiltak for å sikre bruker/barneperspektivet – og medbestemmelse? Hva fungerer godt og hva fungerer mindre godt?
- Hvordan kan man på best mulig måte ivareta barne-/brukerperspektivet når det gjelder kartlegging av psykiske vansker, hjelpebehov og videre oppfølging?

2.2 Disposisjon

Videre i rapporten (del 3) gir vi en beskrivelse av pilotprosjektet, med vekt på hvordan det er organisert og hvilke aktører som er involvert. Deretter tar vi for oss metodisk tilnærming i evalueringen (del 4). I del 5 presenterer vi resultatene. Her gjennomgår vi:

- Vurdering av suksesskriterier/barrierer/hindringer (på organisasjons- og fagnivå) som har påvirket prosjektets gjennomføring og måloppnåelse.
- Vurdering av ny modell kontra tradisjonell arbeidsform.

3 Pilotprosjektet

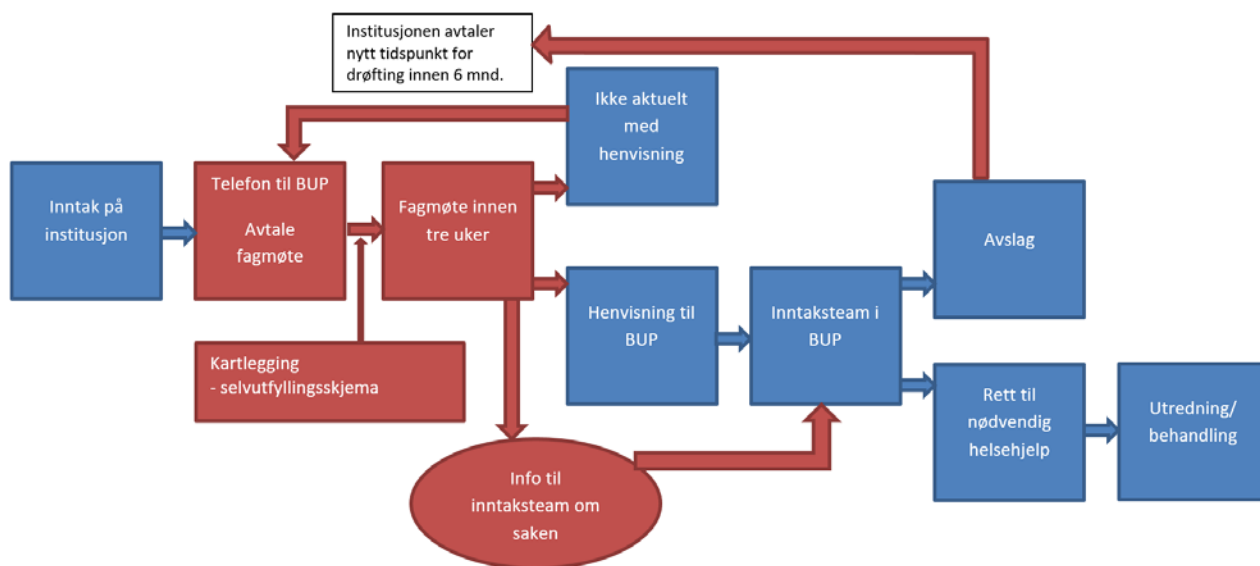
Bufetat region Midt-Norge har vært ansvarlig for pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov." Formålet med pilotprosjektet har vært å utvikle og prøve ut i praksis gjensidig forpliktende samhandlingsformer mellom et utvalg av barnevernets omsorgsinstitusjoner og de respektive lokale BUP-poliklinikker for å sikre at nylig innskrevne barn og unge får nødvendig helsehjelp for sine psykiske vansker. Ved plassering i institusjon, skal barnet/ungdommen kartlegges ved hjelp av relevant spørreskjema fra ASEBA. Dette oversendes til BUP lokalt, og et samarbeidsmøte (fagmøte) avtales. På fagmøtet avklares om barnet/ungdommen har rett på/behov for utredning/behandling i regi av BUP. Dette skal skje innen tre uker fra plasseringsdato. Dersom det vurderes at henvisning ikke er nødvendig, vil man foreta en ny vurdering/oppfølging etter seks måneder.

3.1 Mal for fagmøte

I forbindelse med pilotprosjektet ble det benyttet en mal for innholdet i fagmøtet (vedlegg 1). Faktorer som blir tatt opp til vurdering og som er inkludert i denne malen er; Bakgrunn for plassering - familie/omsorgssituasjon; Tidligere kontakt med hjelpeapparat/psykisk helsevern: Funksjon: - skole - venner - søvn - mat – somatisk; Symptomer: - gjennomgå aktuelle tilstandsgrupper og alvorlighet (alvorlig bekymring for barn under seks år, angstlidelser, atferdsforstyrrelse/trasslidelse, bipolar lidelse, depresjon, autistiske tilstander, hyperkinetiske tilstander (ADHD), lettere psykiske vansker hos barn med normal utvikling, alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom, psykose, alvorlig selvskadingsepisode og eller gjentakende egenskadingsepisoder, skolevegring, spesifikke språk- og lærevansker uten alvorlige psykiske symptomer, spiseforstyrrelser, Tourettes syndrom, alvorlig psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer, tvangstanker og/eller tvangshandlinger) og en vurdering av eventuell tilleggsproblematikk/andre observasjoner, samt rus og suicidalitet.

3.2 Modell

En visuell fremstilling av modellen som pilotprosjektet bygger på er vist i figur 1. Den visuelle fremstillingen av arbeidsmodellen ble utarbeidet av to psykologer ved BUP Klostergata i Trondheim i samarbeid med arbeidsgruppen/styringsgruppen. Det som er markert ved rødt viser de nye elementene av samhandlingsrutiner mellom institusjonene, BUP og saksbehandlerne i kommunen.



Figur 1. Modell for å sikre kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon.

3.3 Organisering

Pilotprosjektet er administrativt forankret i Bufetat Region Midt-Norge. Samarbeidspartnere er Helse Midt-Norge ved BUP poliklinikker; Klostergata, Saupstad, Orkdal, samt Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - psykisk helse og barnevern, NTNU (RKBU Midt-Norge). Det er opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra involverte institusjoner og poliklinikker. Arbeidsgruppen koordineres av psykolog i Inntak region Midt-Norge og seniorrådgiver ved seksjon faglig støtte ved regionskontoret. Det er videre opprettet en styringsgruppe, sammensatt av en representant fra Bufetat, Helse Midt v/BUP, RKBU Midt-Norge og private institusjoner. Bufetat leder gruppene. Pilotprosjektet er finansiert av Helsedirektoratet over kapittel 0765, post 60.

3.4 Aktører involvert i pilotprosjektet

Tre hovedaktører var involvert i gjennomføringen av pilotprosjektet. En kort beskrivelse av de tre aktørene presenteres i de følgende avsnittene.

Tabell 1. Aktører involvert i pilotprosjektet

Aktører	
Aktører i pilotprosjektet	Antall
Barnevernsinstitusjoner	3
Barnevernstjenester	<18
BUP Poliklinikk	3

3.4.1 Barnevernsinstitusjoner

Det finnes ulike type institusjoner i Norge og de fleste er rettet mot ungdom. Barn som er under 12 år blir som regel plassert i fosterhjem. Bufetat har inndelt barnevernsinstitusjonene i følgende funksjoner/områder: akutt, atferd lav risiko, atferd høy risiko, rus og omsorg. Institusjonene som er inkludert i pilotprosjektet er **omsorgsinstitusjoner**, såkalte F3¹ institusjoner. Det er stor variasjon i hjelpebehov og atferdsuttrykk hos ungdommene som blir plassert i F3-institusjoner (Bufdir, 2017). Følgende tre institusjoner var inkludert i pilotprosjektet:

- **Gilantunet ungdomshjem** er en institusjon for ungdom fra 12 til 18 år. Institusjonen har ti plasser. Målgruppen er ungdom som er plassert etter barnevernloven §§ 4-4, 6. ledd og 4-12. Oppholdstiden er normalt minimum seks måneder. Institusjonen er lokalisert på Gåsbakken i Melhus kommune. Gilantunet består av tre hus, det bor fire ungdommer i to av husene og to i det tredje. I tillegg har Gilantunet en treningsleilighet som kan brukes ved behov og en leilighet som brukes når ungdommene har besøk av foreldre eller foresatte, hvor de også kan overnatte.
- **Ranheim Vestre** er også en institusjon for ungdom fra 12 til 18 år og institusjonen har sju plasser. Målgruppen er ungdom som er plassert etter barnevernloven §§ 4-4, 6. ledd, 4-12 og 4-6 med tanke på langsiktig plassering. Institusjonen er lokalisert på Ranheim, relativt sentralt i Trondheim. Institusjonen har egen familiehjemavdeling som drifter 32 familiehjem.
- **Orkdal barnevernsenter** er en institusjon for barn fra sju til 12 år og har tre plasser. Målgruppen er barn som er plassert etter barnevernloven §§ 4-4, 6. ledd og 4-12. Oppholdstiden er opptil seks måneder. Orkdal barnevernsenter er lokalisert på Fannrem i Orkdal kommune, omtrent fem km sør for kommunesenteret i Orkdal. Institusjonen har egen familiehjemavdeling.

3.4.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

BUP er et poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern som gir tilbud til barn og ungdom under 18 år, og deres familie (kan gi tilbud opp til 23 år, ved påbegynt behandling). I pilotprosjektet var tre av BUPs poliklinikker involvert:

- BUP Poliklinikk Klostergata
- BUP Poliklinikk Saupstad
- BUP Poliklinikk Orkdal

3.4.3 Barneverntjenesten

Barneverntjenestenes oppgaver er å ta vare på utsatte barn og sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Alle kommuner skal ha en barneverntjeneste som utfører det daglige, løpende arbeidet etter loven. Barneverntjenesten skal blant annet gi råd og veiledning, treffe vedtak om hjelpetiltak, eller forberede saker for behandling i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, og iverksette og følge opp tiltak.

- I pilotprosjektet var det opptil 18 saksbehandlere som var involvert fra ulike kommuner.

¹ Funksjonsområde 3 (F3) dekker tiltak for enslige, mindreårige asylsøkere og ofre for menneskehandel. Den største gruppen i F3 er likevel unge over 13 år som er plassert i ulike omsorgstiltak både som frivillig hjelpetiltak og også etter vedtak om omsorgsovertakelse

4 Arbeidsmetode

4.1 Gjennomgang av dokumentasjonsark

I forbindelse med pilotprosjektet ble det utarbeidet et dokumentasjonsark for å registrere samarbeidsprosess og beslutninger fra inntak i barnevernsinstitusjon til behandling i/konsultasjon ved BUP (vedlegg 2). Ansvarlig for utfylling av disse dokumentasjonsarkene var ansatte ved barnevernsinstitusjonene. Dokumentasjonsarkene ble systematisk gjennomgått av SINTEF, og hovedhensikten med denne gjennomgangen var å gi et overblikk over sakene og ungdomspopulasjonen som inngikk i pilotprosjektet.

4.2 Kvalitativ metode - intervjuer

Kvalitative individuelle og fokusgruppe-intervju er benyttet som metode for datainnsamlingen fordi intervju er egnet til å få tak i folks erfaringer og den meningen og de refleksjonene de knytter til disse (Malterud, 2011). Til forskjell fra individuelle intervjuer får gruppeintervjuer frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess, informasjon som ofte forblir uuttalt gjennom andre datasamlingsteknikker [34]. Fokusgruppeintervju er velegnet når det er ønskelig å få frem et mangfold av oppfatninger eller følelser knyttet til bestemte erfaringer eller opplevelser [35], og dybdeinnsikt om bakenforliggende faktorer og forhold knyttet til meninger og erfaringer [36]. Fokusgruppeintervju anbefales også dersom det eksisterer mulige maktforhold mellom deltakerne og beslutningstakerne. Metoden er egnet til evaluering av helsetjenester ved å gi deltakerne mulighet til å påvirke ulike forhold ved eksisterende praksis [37].

4.3 Utvalg, rekruttering og gjennomføring

I evalueringen ble det gjennomført 14 intervju med totalt 22 personer. Intervjuguider ble fulgt for å sikre svar på sentrale spørsmål fra alle informantgruppene (se vedlegg 3 og 4); brukere (ungdom 12-18 år) og ansatte og ledelse i barnevern og BUP. I gjennomføringen av intervjuene ble det gitt rom for at andre tema enn de som var spesifisert i guiden kan utdypes. Det ble gjort lydopptak av samtlige intervju og intervjuene ble transkribert. Materialet ble analysert etter prinsipper for kvalitative metoder [38]. I de følgende avsnitt vil inklusjonskriterier, rekruttering, utvalg og gjennomføring kort beskrives for henholdsvis to hovedgrupper av informanter: 1) ungdommer og 2) tjenesteutøvere/ansatte.

4.3.1 Intervju med ungdommer

Inklusjonskriterier

Aldersspredning på barna/ungdommene som har deltatt i pilotprosjektet er seks til 18 år, og det kan være vanskelig å intervju de minste barna om dette temaet. Bufetat har derfor ønsket at ungdommene som skal intervjues skal være over 12 år. Inklusjonskriterier for øvrig var at ungdommene måtte fortrinnsvis ha deltatt i pilotprosjektet og at flertallet av disse har blitt henvist til BUP siden samhandlingen mellom BUP og barnevernsinstitusjon er det sentrale temaet i evalueringen. Det store flertall av saker som har blitt vurdert på fagmøtet har da også blitt henvist videre til BUP.

Rekruttering

Det er ofte en utfordring å rekruttere ungdom med psykiske vansker til intervju. I forbindelse med rekruttering har vi først og fremst basert oss på hjelp fra ansatte i barnevernsinstitusjonen. En utvalgt

kontaktperson ved de to aktuelle institusjonene fikk tilsendt informasjonsskriv, samtykkeskjema og intervjuguide på e-post. Kontaktpersonen ved institusjonen identifiserte ungdommer som hadde deltatt i pilotprosjektet, og snakket med aktuelle ungdommer som fortsatt bodde på institusjonen. Ungdommene fikk forklart hensikten med studien av kontaktpersonen, og dersom ungdommene var ønsket å stille til intervju så avtalte kontaktpersonen et tidspunkt som igjen ble videreformidlet til forskerne.

Utvalg

Tabell 2. Oversikt over utvalget – ungdommer

Ungdom	Alder	Kjønn	Institusjon ^a	BUP før inntak	ASEBA ved inntak
1	16 år	Jente	A	Ja	Nei
2	17 år	Jente	A	Ja	Ja
3	15 år	Jente	B	Ja	Nei
4	17 år	Jente	B	Ja	Ja
5	17 år	Jente	B	Ja	Nei
6	14 år	Jente	A	Ja	Nei

^a Navnet på institusjonene anonymiseres i denne tabellen med hensyn til personvern

Seks ungdommer i alderen 14 til 17 år ble intervjuet i denne evalueringen (tabell 2). Det var kun *jenter* som ble intervjuet. En gutt ble forespurrt, men han trakk seg før intervjuet skulle finne sted. Det kan være en ulempe at det kun var jenter som ble intervjuet når det gjelder ønske om representativitet. Videre kan det også være forskjeller mellom jenter og gutter når det gjelder opplevelsen av å bli kartlagt, og evnen til å sette ord på sine erfaringer i intervjusituasjonen. Vi vurderer det likevel slik at jentenes fortellinger i intervjuene gir et godt og mangefasettert bilde av kartlegging og oppfølging av psykisk helse, og er tilstrekkelig til å belyse problemstillingene i evalueringen. Informantene var jevnt fordelt over de to institusjonene. Samtlige informanter hadde hatt kontakt med BUP før inntak på barnevernsinstitusjon og to av fire ungdommer hadde fylt ut ASEBA ved inntak på institusjon.

Gjennomføring

Det ble gjennomført individuelle intervju med samtlige ungdommer. Intervjuene fant sted på institusjonen. En til to forskere gjennomførte intervjuene og de forklarte også hensikten med intervjuene. Intervjuene hadde en varighet på 20 til 70 minutter, med et gjennomsnitt på 35 minutter. Ungdommene fikk 200 kroner hver i kompensasjon for deltagelse i studien.

4.3.2 Intervju med tjenesteutøvere

Inklusjonskriterier

Informantgruppene som er inkludert i studien (i tillegg til barn/ungdom som har vært med i prosjektet), inkluderer deltakere i fagmøtet, barneverninstitusjonene, barneverntjenesten og arbeidsgruppen². Forutsetning for rekruttering av tjenesteutøvere/ansatte var at de hadde vært involvert i en eller flere saker i pilotprosjektet

²Arbeidsgruppen består av representanter fra involverte institusjoner og poliklinikker. Arbeidsgruppen koordineres av psykolog i Inntak region Midt-Norge og seniorrådgiver ved seksjon faglig støtte ved regionkontoret

Rekruttering

Deler av ansatte-informantene ble rekruttert ved hjelp av oppdragsgiver Bufetat – og med hjelp fra medlemmer fra arbeidsgruppen knyttet til pilotprosjektet. Det ble avtalt tidspunkt og intervjuform på et felles oppstartsmøte med oppdragsgiver, der flere medlemmer fra arbeidsgruppen og styringsgruppen deltok.

Utvalg

Tabell 3. Oversikt over utvalg - tjenesteutøvere/ansatte.

Utvalg		Datainnsamling	
Målgruppe	Antall (n)	Intervjuform	Antall intervju
Arbeidsgruppe ^a	5	Fokusgruppe	1
Ansatte i barnevernsinstitusjoner:			
Ranheim Vestre	3	Fokusgruppe og individuell	2
Gilantunet ungdomshjem	1	Individuell	1
Orkdal barnevernsenter	2	Fokusgruppe	1
Behandlere i BUP	3	Fokusgruppe	1
Saksbehandlere i kommunen	2	Individuell	2

Totalt 16 tjenesteutøvere/ansatte ble intervjuet i evalueringen, som vist i tabell 3. Informanter fra *arbeidsgruppen* inkluderte Møyfrid Breivik (BUP), Linda Berg Jansen (Gilantunet), Marit Iversen (Orkdal barnevernsenter), Cecilie Dahl Abeln (Ranheim vestre) og Asgeir Sonstad (Bufetat). Når det gjelder ansatte på barnevernsinstitusjoner, så inkluderte informantene fra Ranheim Vestre to miljøarbeidere og leder. På Gilantunet ungdomshjem ble leder intervjuet, og på Orkdal barnevernsenter ble avdelingsleder/faglig ansvarlig og en miljøterapeut intervjuet. Videre inkluderer ansatte-utvalget tre BUP-ansatte, en fra hver av de tre ulike poliklinikkene som var involvert i pilotprosjektet; en psykologspesialist, en klinisk pedagog og en psykolog. I tillegg inkluderte utvalget to saksbehandlere fra den kommunale barneverntjenesten; en barnevernskonsulent fra Barne- og familietjenesten, Omsorgsenheten i Trondheim kommune og en barnevernskonsulent fra barneverntjenesten i Klæbu kommune.

Gjennomføring

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt informasjonsskriv/samtykkeskjema på e-post. Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju med flere representanter fra arbeidsgruppen som er tilknyttet pilotprosjektet, med hensikt å innhente bakgrunnskunnskap om prosjektet, samt å få detaljert kunnskap om samhandlingsformer og rutiner. Der det var mulig ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte. Intervjuene med arbeidsgruppen, behandlere i BUP og saksbehandlere i den kommunale barneverntjenesten ble gjennomført på de aktuelle arbeidsplassene.

4.4 Etikk

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (referansenummer 52789). Når det gjelder personer under 16 år må det innhentes informert samtykke fra den ene eller begge foreldrene som har foreldreansvar. For øvrig fulgte prosjektet retningslinjer for inklusjon av barn/unge i samfunnsvitenskapelig forskning (Robson, 2011). Det er en tommelfingerregel i forskning som involverer sårbare

grupper at man bare skal bruke disse som informanter når den kunnskapen man søker ikke kan finnes andre steder (Kvale & Brinkmann, 2009). Barn og unge er en gruppe der særskilte sårbarhetsbetraktninger er relevante. Temaet psykisk helse og rus er også følsomt. Samtidig er problemstillingene tilknyttet evalueringen av en art der det er viktig at disse informantene kommer direkte til orde.

5 Resultater

Målet med pilotprosjektet som er evaluert har vært å utvikle og prøve ut gjensidig forpliktende samhandlingsformer mellom tre av barnevernets omsorgsinstitusjoner og de respektive lokale BUP-poliklinikker for å sikre at nylig innskrevne barn og unge får nødvendig helsehjelp for sine psykiske vansker. Hovedkomponentene i samhandlingsmodellen er kartlegging av barn/unge med ASEBA, og et fagmøte som skal avholdes innen tre uker etter inntak på institusjon. Videre i dette kapitlet skal vi gå gjennom resultatene fra intervjuene. Vi starter med å gi en overordnet beskrivelse av sakene som inngikk i pilotprosjektet, basert på vår gjennomgang av dokumentasjonsarkene. Deretter vil vi se overordnet på ansattes erfaringer med samhandling etter at pilotprosjektet med ny samhandlingsmodell ble iverksatt. Dette inkluderer ansattes erfaringer med opplæring, fordeling av roller og ansvar og rutinene i modellen. Vi ser også på hvordan kommunikasjon og informasjonsflyt mellom aktørene erfares. Videre går vi nærmere inn på hovedelementene i samhandlingsmodellen, altså gjennomføring av fagmøte og bruken av ASEBA. På bakgrunn av dette tar vi opp erfaringer med henvisningsgrunnlaget til BUP. Vi ser også på hvordan brukervedvirkning ivaretas i modellen. I intervjuene kontrasterte informantene ofte samhandlingen i dag med samhandlingen før en startet med å teste ut samhandlingsmodellen. En rød tråd i fremstillingen er dermed hvordan pilotmodellens arbeidsform kontra tradisjonell arbeidsform kan bidra til at barn/ungdom som nylig er skrevet inn i barnevernsinstitusjon skal få nødvendig helsehjelp for sine psykiske vansker.

5.1 Beskrivelse av saker i pilotprosjektet basert på gjennomgang av dokumentasjonsark

Det var totalt 21 ungdommer som inngikk i pilotprosjektet. Som det fremgår fra dokumentgjennomgangen, hadde ungdommene fylt ut **ASEBA** i omtrent halvparten av tilfellene (tabell 4).

Tabell 4. Oversikt over saker som har vært inkludert i pilotprosjektet

Saker i pilotprosjektet	Antall
Totalt antall (barn/ungdommer)	21
Gilantunet ungdomshjem	7
Ranheim Vestre	8
Orkdal barnevernsenter	6
Barn/ungdom som ble overført fra en BUP til en annen BUP ved inntak	3
Barn/ungdom som fikk videreført sitt behandlingsforløp i BUP	5
Akuttinnleggelse ^a	1
Vurdert på fagmøte	12
Barn/ungdommer som har fylt ut ASEBA ved inntak	11
Henvist videre til BUP etter fagmøte	7

^a I en sak ble det akuttinnleggelse på psykiatrisk avdeling kort tid etter inntak på institusjon.

I noen dokumentasjonsark ble det notert årsaker til at ungdommene ikke hadde fylt ut ASEBA. Dette inkluderte i ett av tilfellene at ungdommen ikke var motivert, til tross for gjentatte forsøk på motivasjon fra institusjonens side. I et annet tilfelle ble det oppgitt at ungdommen ble akuttinnlagt kort tid etter innflytting. I de fleste tilfellene ble det oppgitt at ASEBA ikke ble fylt ut av ungdommen selv på grunn av at ungdommen var i et behandlingsløp i BUP før inntak i institusjon. **Fagmøter** ble gjennomført i 12 av 21 mulige tilfeller. I kun ett av tilfellene ble det gjennomført et fagmøte selv om ungdommen ikke hadde fylt ut ASEBA. Årsaker

som ble oppgitt i dokumentasjonsarket til at fagmøtet *ikke* ble gjennomført var i hovedsak at ungdommen allerede var i et behandlingsløp i BUP. I tre av disse tilfellene ble behandlingstilbudet i BUP overført fra en BUP klinikk til en annen, og i fem av tilfeller ble pågående behandling i BUP videreført.

Slik det fremgår fra dokumentasjonsarkene, tok det i gjennomsnitt 45 dager fra **registrert inntak til gjennomført fagmøte**, med et standardavvik på 42 dager. Kortest tid fra inntak til fagmøte var registret til å være 17 dager, og det lengste tidsrommet mellom inntak og gjennomført fagmøte var 141 dager. Dersom man utelukker de to tilfellene hvor det tok over 100 dager fra inntak til gjennomført fagmøte, var gjennomsnittet 27 dager. Som merknad til de to sakene hvor det gikk over 100 dager fra inntak til gjennomføring av fagmøte, ble det oppgitt i en sak at fagmøtet ble utsatt slik at man kunne få tid til å motivere ungdommen til å fylle ut ASEBA. I den andre saken ble det ikke oppgitt spesifikk begrunnelse, men det ble notert at det var vanskelig å motivere ungdom for å motta tilbud fra BUP. Av dokumentasjonsarkene fremgår det at **konklusjon av gjennomførte fagmøter** i syv av 12 tilfeller endte med henvisning til BUP. I to saker hvor det ble vurdert at det var behov for tilbud fra BUP og at henvisning vil bli sendt til BUP, ville ikke ungdommene motta tilbud fra BUP.

5.2 Pilotprosjektet: innføring av nye samhandlingsformer og rutiner

En hovedproblemstilling i studien har vært hvordan *ansatte* i de tre barnevernsinstitusjonene, BUP og den kommunale barneverntjenesten erfarer dagens praksis - etter innføring av samhandlingsmodellen - sammenliknet med hvordan samarbeidet foregikk tidligere. Oppsummert hadde informantene i studien i all hovedsak positive erfaringer med samhandlingsmodellen, selv om noen trakk frem behov for mindre justeringer. Dette kommer vi inn på senere i kapitlet. I det følgende gjennomgår vi hovedtemaer av positive erfaringer med samhandlingsmodellen.

5.2.1 Hovedsakelig positive erfaringer med samhandlingsmodellen

Som en bakgrunn for å forstå funnene, kan det være viktig starte med å påpeke at de tre institusjonene i prosjektet, og de tre samarbeidende BUP-klinikkene, hadde et relativt godt samarbeid før utprøving av modellen startet. Dette ble påpekt av nær sagt alle informantene. En informant fra institusjon sa for eksempel at "Det er ikke noen veldig store endringer i samarbeidet egentlig etter prosjektet for vår del, for mye av det var på plass før vi startet med det. Men det er på en måte å få mer struktur på det, også det med oppstarten da". Sitatet er ganske typisk for hva flere uttalte. Samarbeidet tidligere var altså ganske godt, men det kunne skje at det tok lang tid før en sak ble fulgt opp, og det var ingen systematikk i hvilke unge som ble vurdert til å ha behov for en vurdering av sin psykiske helse. "Nå har man på seg "psykisk helse-brillene" i det ungdommene flytter inn", som en av informantene sa. Når det er sagt, viste intervjuene at svært mange av de unge som bor på de tre pilotinstitusjonene allerede hadde hatt kontakt med BUP, og enten var i et behandlingstilbud eller hadde hatt et tilbud som var avsluttet. Det var altså ikke slik at ungdommene var fremmede for psykisk helsevern før de flyttet på institusjon.

Større forpliktelse og raskere hjelp

En av de viktigste endringene som beskrives som et resultat av prosjektet er at modellen sikrer at *alle* unge som kommer inn på de tre omsorgsinstitusjonene er garantert en vurdering av sin psykiske helse. En informant uttrykte det slik;

"Det jeg synes er forskjellen, det er at når vi varsler med en gang, og vi får satt et møte og skal ha et møte uansett, så vet vi at det blir fanget opp" (BVI-1)

"Det blir en kvalitetssikring på at det [behovet for psykisk helsehjelp] blir fanget opp (...) enten de blir henvist eller ikke, at det blir sånn at de ikke ramler ut av systemet, eller at det bare utsettes fordi de ikke kan få noe [hjelp] mens de er her likevel. Sånn at det å sette i gang på en måte, starte opp. Det synes jeg er den største forskjellen da." (BVI-2)

Både fra institusjonene og BUP oppleves rutinen med at alle skal kartlegges for psykisk helse som en kvalitetssikring og en forsikring om at den unge får et tilbud for sine psykiske helseplager, om de har behov for det:

"Det blir et sikkerhetsnett der det var en glipp før, jeg tenker jo det." (BUP-1)

Andre informanter fremhevet at modellen fører til at ansatte tar raskere tak i saken, og at det oppleves som mer forpliktende å følge opp saken. En informant fra BUP uttalte:

"Jeg tror det handler mer om at vi kommer raskere i posisjon, og at vi følger det opp. For det som det er lett for at man gjør i de sakene her [barn i barnevernsinstitusjon], er at man tar dem opp i inntak, og så blir man ikke helt enig om hva en skal gjøre videre. Liksom: "vi ser det litt an, dere tar kontakt hvis dere får trøbbel". Altså, det har vært litt sånn at hvis vi har en inntakssamtale, eller et inntaksmøte med institusjonen, og så har vi sluppet dem, og så har saken stått åpen hos oss." (BUP-2).

Også informantene fra saksbehandlerne i barneverntjenesten fremhevet at en av fordelene med modellen er at man har mulighet til å komme raskere i posisjon. Den ene saksbehandleren uttrykte at hun har erfart at det kunne være vanskelig å få kontakt med BUP før, mens den andre saksbehandleren fortalte at hun alltid har jobbet tett med BUP og voksenpsykiatrien. Samlet mente de begge at modellen fremmet at man raskere tar tak i de unges psykiske helseplager.

Mer fokus på psykisk helse

Intervjuene viser også tydelig at alle ansattegrupper har en større bevissthet rundt de unges psykiske helse etter at pilotprosjektet startet. Et par informanter fra institusjon peker på at de blir mer klar over hva de skal se etter hos de unge. Dette forklarer de med både at prosjektet gir generell oppmerksomhet på temaet og at ASEBA gir spesifikk retning i hva man skal se etter:

"Jeg synes det er merkbart at vi kommer fortere i posisjon i dag, enn vi gjorde før (...). Du kommer fortere inn på problematikken. Før så brukte du litt lenger tid på å finne ut alt da, det dukket opp litt

sånn etter hvert (...) Litt på grunn av det kartleggingsskjema som kommer i hende fra starten av og setter fokus. (...) Det der med kartleggingsskjema: Før så kunne det gå ungdommer igjennom under radaren her, men nå blir det fanget opp på en helt annen måte." (BVI-3)

En annen informant fra institusjon fortalte at hennes erfaring var at med økt bevissthet på psykisk helse etterspør institusjonene i større grad at barneverntjenesten i kommunen skal tenke over om den unge har psykiske helseplager/behov for psykisk helsehjelp før inntak. På denne måten kan de si at også bevisstheten om barn/unges psykiske helse i barneverntjenesten kan øke gjennom at institusjonene setter temaet på dagsorden. Dette støttes av en av saksbehandlerne som ble intervjuet:

"Det som jeg tenker er best med det, er at man i det hele tatt har den her [refererer til modellen] som en plan, og jobbe ut ifra. For da tenker man de tankene helt fra dag en: "Hva skjer, og når?" Det at man skal igjennom det møtet med BUP til å begynne med. Innen tre uker. Så må man forberede seg i forhold til det. Og hva skjer videre blir jo avtalt på det møtet. Tenker at det gjør vel kanskje noe med forventningene til den jobben som skal gjøres. At man er innstilt på at BUP er til stede for å hjelpe så snart som mulig. Og at de kanskje er enklere å få tak i da, når man har det her samarbeidet enn når man ikke har det. Da er man i mer dialog." (SBB-1)

Tettere kontakt mellom tjenesteutøverne og felles forståelse

En tredje konsekvens informantene opplever at samhandlingsmodellen har ført til, er at det har blitt en tettere kontakt mellom ansatte i institusjonene og ansatte i BUP. Dette har i sin tur ført til større fellesskapsfølelse rundt den unges behov, bedre tilgjengelighet til hverandre og en større trygghet i at man jobber mot et felles mål. Informantene uttrykte seg blant annet slik:

"Jeg opplever at det tetter kontakten mot institusjonen litt, at vi har kommet nærmere. Vi er lettere tilgjengelige for hverandre etter det her, synes jeg. Litt, i alle fall." (BUP-2)

"Det er et fellesskap. Felles forståelse." (BVI-4)

"Det kjennes trygt for oss på institusjoner å vite at vi faktisk har BUP med oss." (ARB-1)

"Som en ringvirkning av prosjektet blir det også er lettere å ta kontakt om andre saker." (BUP-3)

Saksbehandlerne uttrykte at de stort sett har god kommunikasjon med institusjonene – i alle fall de aktuelle institusjonene som er inkludert i pilotprosjektet. De opplever at de ansatte ved institusjonen er enkle å få kontakt med – og at det er bare å ringe om man lurer på noe. Her ser det altså ut til at kontakten har vært god i utgangspunktet.

Foruten de tre ovennevnte hovedtypene av positive konsekvenser som følge av modellen, var det også et par andre temaer som så vidt ble berørt i intervjuene. Noen informanter påpekte at **de unges perspektiver blir bedre ivare tatt** gjennom denne måten å arbeide på, og særlig at det er nyttig med selv-rapportskjemaet i ASEBA for å få frem de unges stemme. Dette kommer vi tilbake til i gjennomgangen av ASEBA. I tillegg fremhevet noen informanter at modellen er lite tidkrevende å jobbe etter, og det er en stor fordel.

5.2.2 Opplæring

Et spørsmål i evalueringen har vært hva slags opplæring ansatte har fått i praksis og rutiner som modellen bygger på. En del av informantene vi har snakket med har vært med å utarbeide modellen gjennom deltakelse i arbeidsgruppe, og de har følgelig hatt lite behov for opplæring. Vi har også intervjuet ledere ved institusjonene. Disse har også hatt god kjennskap til rutiner og praksis i modellen, og har vært de som gjort opplæring av sine ansatte. Inntrykket fra intervjuene er at det har vært "helt greit med informasjon" om prosjektet, som en av informantene uttrykte det. På barneverninstitusjonene har prosjektet typisk blitt presentert på personalmøter. Forøvrig omtaler mange av informantene at informasjon om utfylling av ASEBA og selve utfyllingen er så intuitiv at en ikke trenger opplæring i det

Vi har kun intervjuet to saksbehandlere i barneverntjenestene, men de intervjuene kan tyde på at saksbehandlere har mindre kjennskap til samhandlingsmodellen. Det er ikke overraskende, gitt at det er et stort antall kommuner involvert i samhandling med institusjonene (og BUP) og et enda større antall saksbehandlere. En av saksbehandlerne som ble intervjuet hadde begrenset informasjon om modellen og hadde heller ikke sett den fremstilt visuelt før. Hun påpekte at det kunne vært nyttig for de som jobbet i barnevernet å få en visuell presentasjon av samhandlingsmodellen, da dette ganske effektivt kan øke forståelsen for helheten av modellen.

5.2.3 Roller, ansvar, og rutiner

Andre spørsmål i evalueringen har vært om ansatte opplever at arbeidsrutinene er tydelig definert og formidlet, samt om ansattes rolle og ansvaret for barnet/ungdommen er tydelig definert. Flere informanter trakk frem at det nettopp er en styrke med modellen at den definerer ansvar og roller. Flere som ble intervjuet hevdet at alle vet hva man skal gjøre, og det øker sannsynligheten for at ting blir gjort. De tre BUP-klinikkene har en fast kontaktperson som institusjonene skal henvende seg til. Dette erfarer positivt. Vi blir mer kjent på tvers av etatene og det blir lettere å ta kontakt med hverandre. Det er enkelt å vite hvem vi skal ta kontakt med. En av informantene understreket at "det er av betydning for å sikre kontinuitet, sånn at det ikke glipper mellom team." Når det gjelder saksbehandlerens oppfatning av hvorvidt modellen innebærer en tydelig avklaring av ansvar og roller, hadde de begge en klar oppfatning om institusjonens ansvar for kartlegging av psykisk helse – og de uttrykte at dette ble godt og tydelig forklart på inntaksmøtet.

Rutiner er all hovedsak knyttet til kartlegging med ASEBA, gjennomføring av fagmøte, og revurdering innen seks måneder av den psykiske helsen til unge som ikke blir funnet å ha vansker ved førstegangs vurdering. Vi drøfter hvordan disse rutinene og arbeidspraksisene fungerer i mer detalj senere i kapitlet, men evalueringen tyder på at ansatte har god forståelse av disse rutinene og gjennomføringen av dem. Selv om modellen altså bygger på noen faste rutiner, ser vi videre at i praksis er det en viss fleksibilitet, der aktørene selv kan organisere seg internt slik det er mest hensiktsmessig. For eksempel har de tre pilotinstitusjonene organisert seg på litt forskjellige måter når det gjelder hvem som tar kontakt med BUP for å avtale fagmøte, hvem som deltar på fagmøte osv. Saksbehandlerne understreket særlig viktigheten av at modellen innebærer en **rutine for oppfølging** etter avslag eller beslutning om ikke å henvise til BUP. Den ene saksbehandleren uttrykte følgende:

"Jeg tenker at hvis man får et avslag, at man da har en ny drøfting etter et halvår. At det faktisk blir gjennomført. Det er veldig bra." (SBB-1)

5.2.4 Kommunikasjon og informasjonsflyt

Hvordan oppleves kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom aktørene som deltar i pilotprosjektet? Dette var ikke et mye diskutert tema i intervjuene, og det er heller ikke innført noen nye konkrete kommunikasjons-/informasjonskanaler gjennom prosjektet. Kommunikasjon og informasjonsutveksling skjer typisk gjennom telefon eller at man møtes ansikt til ansikt. Vi skal imidlertid se senere i fremstillingen at det finnes eksempel på at fagmøtet var holdt via skype/videokonferanse, men dette hørte til sjeldenhetene. Hovedbudskapet fra informantene var likevel at kommunikasjonen, spesielt mellom BUP og institusjonene, har blitt bedre ved at det er innført en rutine for kontakttidspunkt samt at det i de fleste tilfellene er etablert en kontaktperson. Særlig innføringen av en **fast kontaktperson** (som også må ses i sammenheng med rolleavklaring) ble fremhevet som viktig av mange informanter:

"På BUP har vi en kontaktperson, og det er veldig nyttig at vi har fått én å forholde oss til." (BVI-5)

"Nå har en formalisert det litt mer, og så har en opprettet den kontakten at BUP vet hvem de skal kontakte på institusjonen, og institusjonen vet hvem de skal kontakte på BUP. Og det gjør noe med terskelen for å ta kontakt. Det gjør noe med at du har et ansikt på den personen du skal ringe til, og da er det lettere og du får et tettere samarbeid." (ARB-2)

"Og fordelen med det prosjektet her da, tenker jeg, er at da er det såpass greit å ta kontakt, for da har de ansiktet ditt, og vet om prosjektet og har det mere tilgjengelig, på et vis." (BUP-1)

Som vi ser av sitatene er det en felles oppfatning på tvers av aktørene at en fast kontaktperson er bra. Informantene mener at fordelen med tettere kontakt går begge veier. Det er en fordel for institusjonen at de har en fast kontaktperson i BUP, samtidig er det en fordel for BUP at de blir bedre kjent med institusjonene. En slik ordning øker videre mest sannsynlig muligheten for ytterligere samarbeid om andre saker.

Selv om informantene hovedsakelig trakk frem det positive knyttet til kommunikasjon på tvers av institusjoner og BUP, var det også noen informanter som mente at det fortsatt "er veldig mye mer å gå på":

"[Det er] selvfølgelig litt opp til oss også, men BUP har hatt kortene litt tett, syns vi da. Det har liksom vært et eget felt også har ikke vi fått så mye tilbakemelding på hva som har skjedd. Men det (...)er muligheter og mer åpent nå da, skal det være." (BVI-3)

"Jeg føler at vi har mer å gå på der da. Ja. Absolutt. (...) Jeg vet ikke hva BUP tenker, for de har på en måte en taushetsplikt de og, men om det hadde vært noe jevnlike kontaktmøter der da, sånn at vi kunne komplimentert hverandre på en bedre måte. Det tenker jeg kunne ha vært fruktbart. Men jeg opplever det ikke som det nå." (BVI-6)

Sitatene viser at noen ansatte på institusjonene uttrykker et behov for mer jevn kontakt med BUP. For eksempel ønsket noen miljøarbeidere seg flere tilbakemeldinger på hvordan man jobber med ungdommer med psykiske helseplager. Slike tilbakemeldinger kan sies å falle litt utenfor prosjektets definerte mål, men samtidig er det viktig at denne typen ønsker kommer frem. Mer kommunikasjon og mer veiledning fra BUP til ansatte i institusjoner kan være et tiltak for å bedre tilbudet til ungdommene.

Et annet element av informasjonsutvekslingen mellom institusjonene og BUP er overføringen av ASEBA-skjemaene til BUP. Når det gjelder utfylling på institusjon, enten det er personalet eller ungdommene som fyller ut, er det per i dag slik at en fyller ut ASEBA i papirversjon og skjemaet sendes med ordinær post til BUP. Det er arbeid på gang for å få ASEBA i elektronisk versjon, og noen av informantene fortalte at de så frem til det.

5.3 Fagmøte

Fagmøtet er et sentralt tiltak i pilotprosjektet, der hensikten er å drøfte og vurdere det enkelte barns/ungdoms behov for psykisk helsehjelp. Ved alle nye inntak i barnevernsinstitusjonene skal institusjonen kontakte BUP og avtale fagmøte innen tre uker (ifølge kravspesifikasjonen). Dette gjelder altså for alle barn/ungdom, uavhengig av om de har et tilbud fra BUP fra før eller ikke. Tidspunkt for fagmøtet avtales typisk per e-post. Informantene sa at møtested kan variere, og avgjøres ut i fra praktiske hensyn. Deltakere som skal være med på fagmøtet er definert til å være representanter fra aktuell barnevernsinstitusjon, BUP og saksbehandler/oppfølger i barneverntjenesten. Møtet varer typisk mellom 30 og 60 minutter og starter med at deltakerne fra barneverninstitusjonen forteller om sine erfaringer med ungdommen. Resultatet fra ASEBA-kartleggingen blir tatt opp etterpå. Møtets struktur bestemmes altså av malen for fagmøte. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er rutinen med fagmøte et viktig tiltak for å sikre at alle ungdommer blir vurdert av BUP, tidlig i oppholdet på institusjon. En av informantene oppsummerer:

"Fordelen er at vi får vurdert denne ungdommen med psykiatriens briller tidlig i oppholdet, så vi kan sette inn tidlig innsats hvis det er behov for det. Så hvis det avdekkes at her er det en ungdom som har såpass mye å slite med at det blir gjort henvisning til BUP, så blir det gjort med en gang. Og da opplever vi at det er kort ventetid. Da kommer de inn til behandling ganske fort." (BVI-5)

Informantene fra BUP forteller at de har gjennomført fagmøte selv om ungdommen allerede har et tilbud fra en annen BUP-klinikk. Fordelen med dette er at man kommer raskt i gang med saken, i påvente av henvisning fra ungdommenes opprinnelige BUP. Generelt sett vurderer informantene det positivt at man møtes ansikt til ansikt i fagmøtet fordi det forenkler kommunikasjonen og bidrar til at man blir bedre kjent med hverandre, noe som igjen gir positive effekter i form av en lavere terskel for å ta kontakt ved andre spørsmål og saker.

Et annet element som ble tatt opp i intervjuet med arbeidsgruppen er at å gjennomføre et fagmøte fremstår ryddig for eksterne aktører som er interessert i at barnet skal vurderes av BUP (eks. skole). Da har man en standard fremgangsmåte som sikrer at barnet/ungdommens psykiske helse blir vurdert. En av informantene påpeker at de forskjellige systemene (BUP og Bufetat) virker mer samkjørt enn tidligere, og det blir mer tyngde i det de ulike etatene sier og i de vurderingene som gjøres.

5.3.1 Deltakere i fagmøtet

Som beskrevet over er det altså tre deltakergrupper som skal være med på fagmøtet. I intervjuene fremkom det at det oftest deltar to personer fra institusjonen og en til to personer fra BUP. I sjeldnere tilfeller deltar saksbehandler fra barneverntjenesten. Et hovedtema blant informantene på barneverninstitusjonene er behovet for at saksbehandler fra den kommunale barneverntjenesten deltar på fagmøtet. Hovedårsaken til at

saksbehandler ønskes med, er at informantene fra BUP og institusjonene anser at saksbehandler i barnevernet er en svært viktig kilde til informasjon om barnet/ungdommen. Intervjuene viser imidlertid at det ikke er så ofte at barneverntjenesten deltar på møtene. Et par BUP-ansatte forteller:

"I de møtene jeg har hatt, så har jeg enda ikke klart å få med meg saksbehandler i barneverntjenesten. Vi har måttet ha møtene bare med institusjonen. Eller, én gang fikk jeg til å ha med en, fra Bufetat." (BUP-3)

"Sånn har det vært med meg også. Tror de har vært med to ganger, og de gangene hvor møtet har vært ganske kort tid etter inntak, så har det vært litt vanskelig, for de har ikke kjent ungdommen godt nok, og så skal vi vurdere en rekke punkter med psykisk helse som de kanskje ikke har observert veldig godt." (BUP-1)

Også ansatte i institusjonene understreker betydningen av at barneverntjenesten er med på fagmøtet. En miljøarbeider ved en institusjon fortalte at det varierer litt om "man klarer å få kommunen på banen" og at de ønsker å få til at barneverntjenesten fra kommunen er med på alle fagmøtene. Informanten sier at de "ser det er veldig viktig at de er med" og begrunner det med at det er viktig at barneverntjenesten hele tiden er med i oppfølgingen av den unge, også når det gjelder psykisk helse. En ansatt ved institusjon fortalte at for dem er det så viktig at barneverntjenesten er med, at de heller lempet litt på tidsfristen på tre uker:

"Ja, vi forventer at de [barneverntjenesten] skal være med. Og det har noen ganger ført til at vi ikke har fått til å gjøre det [innen fristen] ... tre uker går veldig fort." (BVI-5)

Informantene påpekte at i mange tilfeller er det barneverntjenesten som har hele historikken til barnet/ungdommen og hvilket tilbud de har fått tidligere osv. Det kan være unntak der den kommunale barneverntjenesten har få opplysninger om den unge, for eksempel når det gjelder enslige mindreårige flyktninger. Men gjelder det norske barn vil barnevernet kunne sitte på mye informasjon som er relevant for å belyse saken/behovet for psykisk helsehjelp. En annen grunn til at det er hensiktsmessig at barneverntjenesten deltar på fagmøtet er at barnevernleder har henvisningsrett til BUP. Dersom det kommer frem i fagmøtet at man anbefaler henvisning, kan barnevernet sette i gang med henvisning umiddelbart. På det mer generelle spørsmålet om hva som kan forbedres i samhandlingsmodellen trakk flere av informantene, både i BUP og fra barnevernsinstitusjonene, frem at de ønsket at saksbehandler i barneverntjenesten skulle være med på fagmøtet og at de var tettere med i samarbeidet. Det var videre et ønske fra flere av informantene at man utviklet et system eller en rutine som sikrer at barneverntjenesten deltar på fagmøtet. Dette er et element som bør jobbes med i en eventuell videreutvikling av modellen.

De to saksbehandlerne vi har intervjuet opplevde begge innholdet i fagmøtet som relevant og nyttig. Det betyr at det også fra barneverntjenestens perspektiv er noe å hente på at de alltid deltar på fagmøtet. De var enige i at de i de fleste tilfeller har en viktig rolle i fagmøtet, med tanke på informasjon om barn og ungdommer – spesielt når de har vært involvert i en sak over tid:

"Jeg tenker at det er viktig hvis man veit en del, bakgrunnsinformasjon. Grunnen til plasseringen kan jo i seg selv være en grunn til henvisning. Så det er mye informasjon kanskje som ikke står i papirene som institusjonen har til å begynne med. Også kan det være mye om historien til familie.

Om det er noe sykdomshistorie som man veit om. Man veit jo at man kan ha flere av samme familie inn." (SBB-1)

En annen fordel med at alle parter deltar på fagmøtet, som blir nevnt av saksbehandlerne, er at alle parter får tilgang til den samme informasjonen umiddelbart. Det er en utfordring for personlig oppmøte i fagmøtene for saksbehandlere i kommuner langt unna BUP. For eksempel nevnes at til Orkdal barnevernsenter kommer det barn som opprinnelig bor på Møre, slik at avstanden er stor for saksbehandlere i barnets hjemkommune. Det betyr at for å sikre barnevernsansattes deltakelse, må man tilrettelegge for møter via Skype/videokonferanse eller telefon. På Orkdal barnevernsenter hadde man på intervjuetidspunktet en gang prøvd å gjennomføre møtet via videokonferanse, hvilket hadde fungert greit.

Som vi ser over dreide mye av samtale rundt fagmøtet seg om behovet for at barneverntjenesten deltar i mye større grad enn de gjør i dag. Ansatte i barneverninstitusjonene selv er sentrale personer som naturligvis alltid deltar. Deres organisering av deltakelsen (hvem som deltar fra institusjonen) så ut til å fungere godt. Når det gjelder BUP, deltar de med en til to personer i fagmøtet, og de tre BUP-klinikkene som er med i pilotprosjektet har organisert seg med en fast kontaktperson hver som deltar. Det ble påpekt i intervjuene at dette er hensiktsmessig per i dag. Siden det kun er tre barnevernsinstitusjoner inkludert i prosjektet, er det et begrenset antall barn/unge som har behov for vurdering i et fagmøte. Dersom pilotprosjektet utbreides til å omfatte alle barnevernsinstitusjonene i regionen vil det imidlertid kreve helt andre ressurser fra BUP. I intervjuet med arbeidsgruppen i prosjektet ble dette temaet tatt opp, og hva det ville si for BUP. En av informantene understreket at dersom mange flere institusjoner skal delta i en slik samhandlingsmodell vil det overskride BUPs kapasitet, og de vil trenge ekstra ressurser. Da vil det sannsynligvis heller ikke være mulig med en fast kontaktperson fra BUP. Samtidig kan det være ressursbesparende for BUP å delta i fagmøtet ved at man får silt vekk noen potensielle unødvendige henvisninger. Dette vil altså bli en problemstilling de må ta stilling til dersom de velger å videreføre modellen.

I intervjuet med BUP-ansatte ble det tatt opp at det hadde vært en diskusjon i prosjektet om ungdommene selv skulle få være med på fagmøtet for bedre å ivareta sine perspektiver. Per i dag drøftes ungdommene anonymt (selv om det hadde forekommet tilfeller der ungdommens navn sto oppført i ASEBA-skjemaet). Informantene fortalte at fra BUPs perspektiv vil det være svært vanskelig å møte en ungdom ansikt til ansikt uten å ta på seg en form for ansvar/videre vurdering og oppfølging av ham/henne. Hovedargumentet fra BUP er altså at for å jobbe ut i fra kravene om forsvarlig behandling kan man ikke ta inn en ungdom i et møte uten å gi vedkommende en skikkelig vurdering i etterkant. Slike vurderinger tyder på at anonym drøfting av ungdommene er den beste løsningen. Ellers vil man risikere at en del ungdommer som ikke har behov for psykisk helsehjelp fra BUP likevel blir gjenstand for en mer omfattende vurdering.

5.3.2 Tidsfrist tre uker

Tidsfristen for å avholde fagmøte er i dag satt til tre uker etter inntak på institusjon. I pilotprosjektet har det i gjennomsnitt tatt 27 dager fra inntak til gjennomført fagmøte når vi trekker fra de to møtene som det tok over 100 dager før ble avholdt. Det betyr at grovt regnet har noe under halvparten av fagmøtene blir gjennomført innen tidsfristen. Om tre uker er en rimelig frist ble diskutert i intervjuene. Informantene så både fordeler og ulemper med tre uker som frist, men studien tyder på at ansatte - og også ungdom - overordnet sett, mener at det er en rimelig frist. En fordel er at det går raskt å få avklart om en ungdom har behov for psykisk

helsehjelp. Informantene fra institusjonene og BUP brukte ord som "får jo ting fort gjort", "kommer raskere i posisjon" og at "det legger litt press på alle parter" for å få gjort vurderingen raskt. Saksbehandlerne var også positive til at fagmøtet gjennomføres innenfor den satte tidsfristen. En pekte på at det for eksempel er nyttig å få en rask avklaring på om BUP allerede har kjennskap til barnet, uten at institusjonen vet om det. Det vil da være nyttig for institusjonen å få denne kunnskapen så raskt som mulig.

De fleste ungdommene syntes en tidsfrist på utfylling av ASEBA på to til tre uker var hensiktsmessig. En av ungdommene påpekte at det kan være greit å vente et par uker etter inntak med å dele ut ASEBA, slik at det ikke kommer for brått på:

"Ja, og så hadde jeg nettopp kommet inn ... Det var mye som hadde skjedd, mye med familien og sånne ting så da ... Nei, tankene mine var helt andre plasser enn på akkurat det der. Så ... Ja, de kunne i hvert fall gitt meg et par uker til før de ...[deler ut ASEBA]." (UNG-4)

Et relevant spørsmål er om tre uker er for kort frist, det vil si at målet om å avholde møte innen tidsfristen går på bekostning av at man har klart å hente inn tilstrekkelig med informasjon om ungdommen, eller får med seg alle relevante aktører. En informant fra en institusjon påpekte at tre uker blir for kort tid, særlig i tilfeller der barnet/ungdommen akutt plasseres, og man derfor ikke er forberedt på at det kommer en ny ungdom som skal vurderes. Flere informanter hevdet at det er spesielt vanskelig å få med barnevernet på så kort tid. Flere av informantene i evalueringen knytter nettopp manglende etterlevelse av tidsfristen til at man ikke klarte å få med seg saksbehandler i barnevernet innen tre uker. Mangelfull/treg kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom institusjonen og barneverntjenesten kan medføre et dårlig beslutningsgrunnlag i fagmøtet. Ved en institusjon fortalte informantene at barneverntjenesten skulle sende henvisning til BUP, og denne skulle tas med inn i fagmøtet når barnet ble diskutert. Henvisningen ble ikke sendt, og BUP ønsket ikke å ha noe fagmøte før alle papirer og dokumentasjon var på plass. Saken ble derfor liggende lengre enn ønskelig.

Vi har ikke tilstrekkelig materiale fra barneverntjenesten til at de kan uttale seg om den saken, men understreker at dette er ansatte i institusjonenes opplevelse.

Noen informanter fortalte at de bevisst ikke hadde forholdt seg veldig strengt til fristen. Dette ble både knyttet til at de prioriterte å få med seg barneverntjenesten heller enn å overholde tidsfristen og til ungdommenes utfylling av ASEBA. Ungdommen må fylle ut ASEBA som skal danne grunnlag for drøfting på fagmøtet. I visse tilfeller kan tre uker være for kort tid for ungdommen til at han/hun har slått seg til ro og er klar for å fylle ut skjemaet, forklarte noen informanter. Sitatet under eksemplifiserer dette poenget:

"Hvis dette [prosjektet] blir noe som skal fortsette, så tror jeg kanskje at tre uker kan være litt for kort tid. For det er noe med at ungdommen skal få landet litt her, før de skal begynne å kartlegge seg selv. Vi har jo brukt de tre ukene litt veiledende da, for det har ikke vært mulig bestandig. Men vi prøver å få det til innen tre uker." (BVI-5)

Årsakene til at fagmøtene ikke alltid blir gjennomført innen tidsfristen ser altså ut til å skyldes en kombinasjon av at de ikke klarer å avtale et møtetidspunkt som passer for alle aktørene innen tre uker, og at de bevisst har et litt mer pragmatisk forhold til tidsfristen. Sistnevnte handler både om at de ønsker å få med

alle relevante tjenesteutøvere på møtet, og at de ikke ønsker å presse ungdommene til å fylle ut skjemaet før de er klare for det.

I intervjuene ble det også tatt opp noen løsninger for å klare å ivareta tidsfristen, som de fleste informantene, som nevnt. mente var en rimelig frist. Et forslag for å klare å overholde tidsfristen, som ble tatt opp av flere informanter, handlet om at man i de fleste tilfeller vet at ungdommen skal flytte til institusjonen en stund i forveien, og man kan allerede da begynne å avtale møtetidspunkt. Tidspunktet kan for eksempel være satt til tre uker etter planlagt flyttedato. Dette krever at barnevernsinstitusjonen tar tidlig kontakt for å avtale møte, enten det gjelder med BUP eller med saksbehandler. Et annet grep, som vi har vært inne på tidligere, er å ta i bruk videokonferanse for å øke sjansen for at saksbehandler får mulighet til å delta på fagmøtet. Spesielt er dette aktuelt i saker der det er store geografiske avstander mellom institusjonen og hjemkommunen til den unge. Et annet forslag som ble fremmet av en av saksbehandlerne var at man kan samkjøre tidspunkt for fagmøtet og for møtet der saksbehandler skal besøke ungdommen på institusjonen (besøksmøte). En slik organisering vil også være ressursbesparende.

5.3.3 Dokumentasjonsgrunnlag og drøfting på fagmøtet

Et spørsmål i evalueringen har vært i hvor stor grad dokumentasjonsgrunnlaget (fagmøtet) for henvisning til BUP vurderes som tilstrekkelig og relevant. Dokumentasjonsgrunnlaget kan vi operasjonalisere til å omfatte ASBEA-skjemaene, samt muntlige opplysninger fra møtedeltakerne og den påfølgende drøftingen i møtet. I intervjuene fremkommer det at drøftingen på fagmøtet som oftest struktureres ganske stramt etter malen for fagmøtet. Malen er konstruert med utgangspunkt i *Prioriteringsveilederen for inntak til BUP*, men bygget ut med noen elementer omkring fungering sosialt, på skole osv. I intervjuene ble det fremhevet at sakene som ble diskutert på fagmøtet var "tvilstilfellene," det vil si de sakene der det var uklart om den unge hadde behov for hjelp hos BUP. Det ble også påpekt at i noen saker kan det allerede ha blitt sendt en henvisning, men at fagmøtet likevel skal gjennomføres – og blir gjennomført. Det er også vesentlig å ha med seg at mange (14 av 21) av de unge som kommer på institusjon allerede har et tilbud fra BUP som i de fleste tilfellene skal videreføres. For disse kan de diskutere nytten av samhandlingsmodellen og fagmøtet. Særlig er dette noe som bør tas opp i en eventuell videreføring av modellen, gitt at det er begrensede ressurser i tjenestene, blant annet til å gjennomføre fagmøter.

Når det gjelder ASEBA som dokumentasjonsgrunnlag for å avgjøre barnet/ungdommens behov for psykisk helsehjelp, understreket informantene at scoringene må tolkes sammen med andre opplysninger om den unge. Det kan for eksempel forekomme tilfeller der scoren på ASEBA tyder på at ungdommen har psykiske vansker, uten at det skal bety henvisning til BUP. Et eksempel som ble gitt gjaldt en ungdom som hadde svart at det "stemte veldig bra" på at hun hadde prøvd å skade seg selv med vilje eller hadde forsøkt å begå selvmord. I drøftingen av ungdommens psykiske helse ble de likevel enige om at vedkommende var godt nok ivaretatt med hjelp av en psykolog i kommunen. Erfaringene med ASEBA blir tatt opp nærmere under.

Deltakerne i fagmøtet og deres kunnskap og perspektiver vil også utgjøre en del av dokumentasjonsgrunnlaget. Barneverntjenesten deltar som nevnt ikke så ofte på fagmøtene. Informantene (BUP) opplevde det både som positivt og litt problematisk at de er med på møtet. Et par informanter opplevde at møtet ble mer "ryddig" og at man fikk mer utfyllende informasjon på bordet når saksbehandler fra barneverntjenesten deltok. Da var det lettere å svare på bakgrunn for plassering og hvordan belastningen har vært tidligere osv. Kort sagt var det enklere å få barnets/ungdommens historikk. Samtidig trakk en

informant frem at de opplever at "barnevernet har sin egen agenda for utredning og behandling i BUP" og at barnevernet er opptatt av å få uttalelser fra BUP som skal brukes i den påfølgende omsorgssaken. Et par av informantene syntes at dette kunne oppleves som et press til å gjøre ting de ikke selv tenkte er faglig forsvarlig. De kontrasterte slike opplevelser med barneverninstitusjonen, som fra BUP-informantenes ståsted kun har fokus på omsorg for barnet. Slike varierende erfaringer må selvfølgelig forstås på bakgrunn av at barneverntjenesten og institusjonen har to forskjellige mandat og oppgaver.

Fagmøtet har ikke beslutningsmyndighet, men kan gi anbefalinger om det mener henvisning er hensiktsmessig eller ikke. Inntaksteamet i BUP vil gjøre den endelige beslutningen. Det fremkommer likevel tydelig gjennom intervjuene at dersom fagmøtet anbefaler henvisning, skal det mye til for at inntaksteamet går imot det. Studien tyder på at informantene i hovedsak opplever at dokumentasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig og relevant, men som nevnt flere ganger tidligere etterlyses saksbehandlers innsikt i saken.

5.4 ASEBA som kartleggingsverktøy av psykisk helse

Det er viktig å avdekke psykiske vansker eller lidelser hos unge på barnevernsinstitusjon så tidlig som mulig, og så grundig som mulig, for at de kan sette i gang de riktige hjelpetiltakene i BUP dersom det er behov for det. Det blir dermed sentralt med gode kartleggingsinstrumenter og rutiner omkring kartlegging. I pilotprosjektet bruker man ASEBA som et kartleggingsverktøy for å få kunnskap om ungdommenes psykiske helse. ASEBA skal også innføres som standard kartleggingsverktøy på psykisk helse i alle Bufetats institusjoner, og ASEBA er mye brukt av andre aktører fra før, for eksempel innenfor BUP.

5.4.1 Bruken av ASEBA

Hvordan brukes ASEBA, og hvordan oppleves ASEBAs egnethet når det gjelder kartlegging av psykisk helse hos barn/ungdom i barneverninstitusjon? Konkret brukes ASEBA slik at når en ny ungdom flytter inn på en institusjon, tar institusjonen kontakt med BUP og ber om å få tilsendt skjemapakken. Skjemaet fylles ut av flere aktører (beskrives under), sendes tilbake til BUP som scorer svarene og registrerer dem elektronisk. I fagmøtet blir ASEBA, som beskrevet over, en del av dokumentasjonsgrunnlaget for å avgjøre om en skal anbefale henvisning til BUP.

Det varierer noe med hensyn til hvem som fyller ut ASEBA på tvers av de tre institusjonene som deltar i pilotprosjektet. På Gilantunet ungdomshjem og Ranheim Vestre fyller ungdommene ut selv-rapportskjemaet, mens på Orkdal barnevernsenter er barna for små til å fylle ut selv, og personalet på institusjonen fyller ut for dem i de fleste tilfellene. For øvrig fyller skolen ut et skjema, og foresatte, eventuelt barneverntjenesten, fyller ut skjema(er). To foresatte kan gjerne fylle ut skjema for å ivareta flere perspektiver.

Som tabell 4 viser hadde omtrent halvparten av de unge som ble omfattet av pilotprosjektet fylt ut ASEBA selv, og/eller foresatte og skole hadde fylt ut ASEBA som kartla de unge. En del ungdommer som var inkludert i pilotprosjektet hadde imidlertid vært i et behandlingsløp i BUP før inntak i institusjon, og flere av disse hadde derfor ikke fylt ut ASEBA da de flyttet inn på institusjonen. At ungdommene allerede hadde et tilbud fra BUP ble beskrevet som en årsak til at man ikke kartla deres psykiske helse, selv om de egentlig var en del av pilotprosjektet:

"Den [utfyllingen] har vært litt sånn, hva skal jeg si ... De fleste har jo vært i BUP fra før, og er på en måte på vei ... Henvisningen har kommet dagen etterpå eller noe sånt, så det har gått så fort at det har egentlig vært litt dårlig med utfyllingen fra institusjonen, kanskje. Vi har hatt henvisningen og de papirene i bunnen. Så noen ganger har de hatt det, og noen ganger har de ikke hatt det." (BUP-3)

Ungdommenes utfylling

Ut ifra intervjuene ser det ikke ut til å være noe problem å få ungdommene til å fylle ut skjemaet. Informantene fra institusjonene fortalte at de lar ungdommen få slå seg litt til ro først, typisk en drøy uke, før de blir bedt om å fylle ut ASEBA. Da kan de allerede ha fått presentert ASEBA på inntaksmøtet. De fleste ungdommene som ble intervjuet i denne studien syntes også at det var hensiktsmessig å fylle ut skjema i løpet av én til tre uker etter inntak:

"Nei, jeg tenker sånn en eller to uker [er passende tidsfrist for utfylling av ASEBA], men ikke lenger enn det. For da blir folk litt sånn, "hva tror dere om meg? Hvorfor må jeg ta den her"? Hvis du har bodd der for lenge. Og hvis med en gang, så blir man sånn "oi, det her kommer til å være meg liksom" [redd for å bli satt i bås for tidlig]. Jeg føler det. Jeg synes egentlig at en uke [etter inntak] var bra [et passende tidspunkt for å fylle ut ASEBA]." (UNG-2)

Generelt synes ungdommene vi intervjuet at det var **helt greit** å fylle ut spørreskjemaet. Flere nevnte at de hadde erfaring fra BUP med å fylle ut spørreskjema relatert til kartlegging av psykisk helse. Noen ungdommer uttrykte at det kan være vanskelig å åpne seg om sine problemer eller psykiske vansker når de er ny på institusjon og de ikke kjenner de voksne godt. På bakgrunn av dette kan det være en fordel å uttrykke seg ved hjelp av spørreskjema. Imidlertid uttrykte en av informantene det motsatte, nemlig at hun heller ville underrapportere sine psykiske vansker – for å unngå mye mas om det i etterkant:

"(...) jeg skriver stort sett at jeg har det bra [når hun fyller ut spørreskjema]. Det er lettest å gjøre det, for jeg vil ikke ha noen spørsmålsrunde om hvordan jeg har det nå og hvorfor jeg har det sånn, for jeg vet jo ikke ". (UNG-6)

Videre fortalte de fleste ungdommene (som hadde fylt ut ASEBA) at de hadde fylt ut skjemaet på en seriøs måte, men at det i noen få tilfeller kunne komme litt an på humøret om man krysser av i "hytt og pine". Dette ble støttet av de ansatte vi intervjuet. De hadde også inntrykk av at ungdommene tok utfyllingen alvorlig. Noen ungdommer kunne imidlertid synes det var veldig mange spørsmål, og "noen blir litt lei og blir kanskje litt mer slurvete på slutten. Men det som vi opplever stort sett er at de er ganske ærlig", fortalte en ansatt i institusjon. I tilfeller hvor ansatte opplevde at ungdommene slurvet med utfyllingen, eller var lite motivert, kunne det også skje at de satte seg ned sammen med ungdommen og "veiledet dem litt", sa en av informantene.

Selv om det overordnede bildet var at ungdommene syntes det var greit å fylle ut ASEBA, var det likevel noen sider ved utfyllingen og kartleggingen som ble trukket frem som mer negative. En ting handlet om at ungdommene opplevde mange av spørsmålene som rare, at det var mange spørsmål, og at det var vanskelig å vite hvordan man skulle svare på dem. Ansatte-informanter hadde også denne oppfatningen av hvordan en del ungdommer så på spørsmålene. En informant fortalte at de på institusjonen hadde fått flere tilbakemeldinger fra ungdom om at "det var så mye teite spørsmål." En ungdom fortalte for eksempel at hun

opplevde noen av spørsmålene på ASEBA som litt forvirrende og lite spesifikke og at det var vanskelig å forstå om noen av spørsmålene var knyttet til en viss periode i livet eller om de gjaldt mer generelt:

"Det var også litt uspesifikt. Det var et spørsmål tror jeg, nå husker jeg ikke helt, men "hva bekymrer deg i hverdagen?" Og det kan være alt fra a til å det, så skal jeg fortelle hva som bekymrer meg generelt hver dag, eller skal jeg si hva som bekymrer meg i hverdagen; skole og lekser liksom ... eller stå opp tidlig om morgenen? Men jeg svarte nå bare hva jeg tenkte og som de var interessert i å høre. Så jeg vet ikke jeg." (UNG-2)

Som sitatet illustrerer har ungdommene som skal fylle ut skjemaet behov for grundig informasjon om *hvordan* det skal fylles ut, altså hvordan en konkret skal tenke ved utfylling av skjemaet. En informant fortalte at på institusjonen pleide de å ha en dialog med ungdommene før de fyller ut. I denne samtalen forsøkte de blant annet å fremheve at "det ikke er noen eksamen de skal opp i", samt at de ga mer generell informasjon om hvordan de unge skulle gjøre utfyllingen. En annen informant fortalte at de pleide å forberede ungdommene på utfyllingen ved å si at spørsmålene kunne oppleves som både mange og litt rare. En annen, mer overordnet negativ side ved utfylling av ASEBA var at det kan oppleves stigmatiserende å bli kartlagt for sin psykiske helse, fordi det kan tolkes som at det er en implisitt antakelse om at de har psykiske vansker. En av ungdommene mente derfor at det kunne være en fordel om man ved inntak fikk informasjon om at *alle* nye beboere skal fylle ut skjemaet, uavhengig av sin psykiske helse. Dette ville kunne minske stigmaet, siden det var en kartlegging alle nyinnflyttede gikk gjennom uansett. Når det er sagt, var det altså mange av ungdommene i pilotprosjektet som hadde hatt kontakt med BUP før de flyttet inn på institusjon, og de hadde dermed omfattende kjennskap til BUP/psykisk helsevern, samt hadde gjort flere tilsvarende kartlegginger tidligere. Noen ungdommer opplevde at de fikk dårlig eller mangelfull informasjon om hvorfor det skulle gjennomføres en kartlegging av psykisk helse:

"Mmm, ja, altså det var sånn en uke etterpå tror jeg, da han plutselig ga meg en lapp, ja, du skal fylle ut dette her. Det gjorde jeg da." (UNG-2).

De ansatte vi intervjuet var også opptatt av at ungdommene måtte få god informasjon om *hvorfor* deres psykiske helse skulle kartlegges:

"Det er viktig å forklare hvorfor [de skal fylle ut skjemaet] da. Det er jo på en måte for å gi dem det som de har behov for. At de selv på et eller annet vis kan være med å prege oppholdet her, hvis vi blir kjent med hvem de er (...). Vi kan ikke bare gi dem et skjema. Det har ikke noe hensikt. Da får vi ikke et ærlig svar heller." (BVI-5)

"Det blir satt av tid til grundig informasjon før de skal kartlegge seg selv, og hva dette [ASEBA] er og hva vi mener med "hjelp fra psykisk helsevern", og hvor vanlig det er. For en del, og spesielt de nye - "Jeg er ikke gal" litt sånn nyansering av hvor vi er." (BVI-5)

I tillegg til å informere om begrunnelsen for å gjøre en kartlegging av psykisk helse, påpekte flere av informantene at de kan argumentere med at det er viktig for at ungdommens behov og ønsker skal bli ivaretatt. Det kan virke motiverende og føre til at flere ungdommer gjør en gjennomtenkt utfylling som igjen kan føre til at de får et bedre tilpasset hjelpetilbud.

En tredje negativ side som ble trukket frem av en del ungdommer var at de opplevde at deres anonymitet ikke ble ivaretatt etter utfylling av ASEBA. Flere ungdommer fortalte at de ønsket mer informasjon før utfylling knyttet til i hvilken grad svarene deres ville være anonyme, og hvis de ikke var anonyme for alle, hvilke ansatte ville få tilgang til svarene? Flere ungdommer uttrykte at de ikke liker at personlig informasjon deles med samtlige ansatte på institusjonen. Noen ungdommer fortalte at det er mer sannsynlig at de svarer seriøst på spørreskjemaet dersom de er sikre på at det er anonymt, at de vet at ansatte ikke leser deres svar og deler dette videre. Følgende sitater viser at det å vite *om* og eventuelt *hvilke* ansatte og andre personer som har tilgang til informasjonen i ASEBA oppleves som viktig for ungdommene:

"Nei, de sa jo at det var anonymt da, så jeg fylte nå bare ut. Jeg visste ikke at de som jobber her leser den da, men det gjør de tydeligvis. Altså, jeg fikk noen kommentarer, skulle jeg til å si, på den. Jeg trudde jo at det var helt anonymt, for de sa jo det. Så da ble jeg litt sånn" (UNG-2)

"... Altså, hvis jeg skulle fylt ut på det skjema, nå vet jeg ikke hvem som leser det, men jeg vet at den som 100 prosent har lest det er hovedkontakten min. Jeg tror ikke at alle sammen har lest det liksom, det hadde vært litt sånn brudd på anonymiteten som det liksom skal være da." (UNG-4)

Institusjonsansattes utfylling av ASEBA

Ser vi kort på de ansattes erfaring med å fylle ut ASEBA, er dette kun aktuelt for ansatte ved Orkdal barnevernsenter som fyller ut ASEBA på vegne av barnet (barna her er under 12 år). En erfaring ansatte hadde gjort seg var at det oppleves ganske vanskelig å fylle ut skjemaet etter at de kun har kjent barnet i et par uker. Informantene problematiserte om de kjenner barnet godt nok til at utfyllingen gir et riktig bilde av barnets psykiske helse:

A: "Opplevelsen er vel litt sånn at ... vi vet jo ikke, og vi kjenner jo ikke ungene heller, ikke sant. Og så skal vi sitte og bare krysse ut ... så blir det litt sånn"

B: "Det er vanskelig, men man må jo bare gå ut i fra det man har opplevd frem til [utfylling]. Etter to uker så kjenner man ikke den ungen, nei."

Selv om det kan være krevende å fylle ut skjemaet, og ansatte kunne være usikre på svarene, mente informantene likevel at utfylling innebar noe positivt. De opplevde at "man blir litt obs og bevisstgjøres på en del ting når man må ta stilling til alle påstandene i skjemaet", som en informant uttrykte det.

Tilbakemelding på ASEBA-scorene

Som et ledd i å forstå hvorvidt ASEBA er egnet til å kartlegge psykisk helse hos unge i institusjon, er det relevant også å se på hvordan tilbakemeldingene på kartleggingen gis og eventuelt brukes. Et poeng som ble tatt opp av flere ansatte-informanter var at man syntes det var bra om ungdommene fikk en tilbakemelding på scoren på ASEBA. En av BUP-informantene forklarte:

"Jeg har sagt det til personalet i alle fall, at "det er fint om dere går gjennom det her", ikke sant, og så har jeg kanskje forklart dem litt hva de grafene betyr. Sånn at de [ungdommene] får ett eller annet tilbake. At de ikke bare fyller ut et skjema, og så forsvinner det ett eller annet sted." (BUP-1)

Både på Ranheim Vestre og på Gilantunet, der beboerne er såpass gamle at de kan ha nytte av å få vite resultatene av kartleggingen, var informantene opptatt av temaet. Det var dog en erkjennelse fra en informant av at man ikke var flinke nok til å gi ungdommene en slik tilbakemelding:

"Det som vi tenker vi kan bli bedre på er å gi tilbakemelding til ungdommene konkret om det vi har kartlagt i ASEBA. For der har vi litt å gå på." (BVI-5)

En begrunnelse for at både ungdommene og institusjonene skal få tilbakemelding på ASEBA-kartleggingen er at man kan bruke den som utgangspunkt for samtaler mellom ungdommer og ansatte på institusjonen. I intervjuene fremkom det også eksempler på at resultatene hadde blitt brukt på den måten, altså som et verktøy for å komme i snakk med ungdommen som hadde fylt ut skjemaet:

"Det som er interessant er jo at du kan bruke den informasjonen da, i samtaler med ungdommen. For det åpner opp for noe ... utover det prosjektet her." (ARB-4)

Et annen begrunnelse for å få tilbakemelding er naturlig nok at scoren på kartleggingen gir kunnskap om den unges psykiske helse, som påpekt av en informant:

"Vi kan jo få et veldig overfladisk inntrykk av ungdommene når de kommer, hyggelig og ressurssterke og trekke våre slutninger, men det viser seg da at det er faktisk igjennom kartleggingen da at det er faktisk noen tanker her som bør følges opp." (ARB-2)

Oppsummert var altså inntrykket fra intervjuene at i alle fall ansatte ved institusjonene der det bor ungdommer over 12 år, syntes det kunne være nyttig å få vite mer om resultatene av kartleggingen. Det er litt uklart per i dag hvilke ansatte som har tilgang til scorene, foruten de som deltar i fagmøtet. På Orkdal barnevernsenter visste ikke informantene noe om hvordan skjemaet ble brukt i etterkant, og de hadde heller ikke opplevd å få noen tilbakemeldinger på scoren i etterkant, selv når de hadde hatt veiledning knyttet til spesifikke barn der de har fylt ut skjemaet.

På en av institusjonene tok en av informantene opp at det kunne være gunstig om ansatte på institusjonen hadde fått opplæring i ASEBA, slik at de kunne gjort scoringen selv og gitt tilbakemeldinger til ungdommene. Videre tok hun til orde for at man får et helt annet eierforhold til et verktøy som man selv bruker aktivt, og at de kan gjøre en bedre jobb om de får tilbakemeldingene. Da kan man bedre utnytte den kunnskapen som ASEBA genererer, mente informanten. Man kan også være tydeligere på tilbakemeldingen til ungdommene. Det blir tydelig både hvilke styrker og utfordringer ungdommene har. Andre informanter pekte på at med en fremtidig (eventuell) innføring av elektronisk versjon av ASEBA, kan man tenke seg at en eller flere av personalet på institusjonen får tilgang til ASEBA. Tilgang til resultatene fra ASEBA-kartleggingen vil kreve at ungdommen samtykker til at ansatte skal få en slik tilgang. Behovet for innsyn i resultatene må imidlertid ses opp mot mange ungdommers ønske om anonymitet. I en eventuell videreføring av prosjektet vil det være hensiktsmessig å ta en diskusjon på hvilke aktører som bør ha tilgang til resultatene og om eventuelt andre enn BUP skal kunne gjøre scoringen.

5.4.2 Multiinformantperspektivet i ASEBA

Hvilke fordeler og ulemper har bruken av multiinformantperspektiv i kartlegging av psykisk helse? ASEBA-pakken inneholder altså tre skjemaer, der hensikten er at ungdommen, foresatte og lærer skal fylle ut sine respektive skjema. På Ranheim Vestre og på Gilantunet fyller ungdommene altså ut skjemaet selv. Som vi også har sett over, fortalte flere av ansatte-informantene fra disse institusjonene at de hadde opplevd stor forskjell mellom hvordan de selv betraktet en ungdom og hva ungdommen rapportere i selv-rapportskjemaet, og den påfølgende scoren. "Vi undres mange ganger hvordan de scorer. Noen scorer jo helt annerledes enn det vi tenker", fortalte en miljøarbeider. En annen informant syntes også at bildet deres av ungdommen ble mer nyansert etter at de sammenliknet egne erfaringer med hvordan ungdommen vurderte seg selv. I en del tilfeller er det altså slik at den totale scoringen sammenliknes med den ansattes egne opplevelser av ungdommen, mens i andre tilfeller kan det være at ansatte på institusjonen kun ser ungdommens utfylte skjema og ser den opp mot eget inntrykk av ungdommen.

På Orkdal barnevernsenter hvor ansatte fyller ut ASEBA på vegne av barnet, fortalte informantene at det er rutine at to ansatte fyller ut skjemaet. Denne praksisen hadde sprunget ut ifra et ønske fra BUP, hvilket også kom frem i BUP-intervjuet:

"Ja, det har vi nå sagt, at det kan være lurt at to fyller ut uavhengig av hverandre, fordi det trenger ikke å bli det samme resultatet hvis de samarbeider." (BUP-3)

Dette løses ved at hovedkontakt fyller ut ett skjema og en annen ansatt fyller ut et annet skjema, uten at man samarbeider om utfyllingen. Informantene beskriver, som vi har vært inne på tidligere, at det kan være vanskelig å fylle ut skjemaet, siden det er mange spørsmål de ikke har noen forutsetninger for å besvare. De forutsetter at opplysningene som skjemaet gir blir behandlet deretter; at BUP tolker svarene med forsiktighet.

Når det gjelder tolkning av eventuelt motstridende svar i skjemaene, uttalte en informant fra BUP at hvis skole/foresatte så veldig store problemer og utfordringer hos ungdommen, ville hun anbefalt henvisning, selv om beboeren ikke har krysset av så mye. En annen informant ved institusjon reflekterte rundt det faktum at ASEBA skal fylles ut basert på hvordan ungdommen har følt seg/har vært de siste seks månedene. Informanten mente derfor at det er av betydning at denne informasjonen som bare refererer til ganske nylige erfaringer suppleres med saksbehandlers opplysninger. Det kan for eksempel være tilfeller der ungdom er i stor forandring, hvor en mister ungdommens historie og utvikling og en bare får et bilde av den aller siste tiden, dersom en utelukkende støtter seg til ASEBA. Ved å få med saksbehandlers opplysninger kan de få et mer nyansert bilde.

Sammenfattet viser altså studien at multiinformantperspektivet har fordelen at den unges psykiske helse blir belyst fra flere ulike synsvinkler, hvilket også er intensjonen med å anvende flere perspektiver på det samme fenomenet. Samtidig aktualiserer bruken av multiinformantperspektivet at ikke alle som fyller ut skjemaet nødvendigvis har særlig god kjennskap til barnet/ungdommen, eller kan ungdommen ha vært lite samvittighetsfull i utfyllingen, selv om alt tyder på at det forekommer sjelden. Forskjellige vurderinger av den unges psykiske helse tydeliggjør videre viktigheten av diskusjon rundt avkrysningene og scoringene, og gjerne supplert med saksbehandlers opplysninger.

5.5 Henvisning til BUP

I fagmøtet vurderes sakene og de gir en anbefaling for hvilke saker som skal henvises til BUP. Fagmøtet har ikke myndighet til å beslutte hvem som skal tas inn i BUP, dette avgjøres av inntaksteamet i BUP. Fagmøtet kan likevel gi en tydelig anbefaling om at de ser behov for en henvisning. Ved behov for henvisning må barnevernsleder, fastlege eller psykolog sende henvisning.

5.5.1 Revurdering etter seks måneder, om ikke henvisning i første omgang

Rutinene i samhandlingsmodellen sier at om det er barn/ungdom som i første omgang blir vurdert til ikke å ha behov for et tilbud fra BUP, skal man vurdere saken på nytt etter maksimum seks måneder for å se om behovet er endret. Flere av informantene uttrykker at de synes dette er et viktig element i modellen, for å sikre god psykisk helsehjelp hos ungdommene:

"For ellers så har vi jo den derre loopen tilbake i modellen, at man skal ... Hvis ikke henvisning, så skal det være en kontakt innen så og så lang tid hvor man vurderer på nytt. Et sånt sikkerhetsnett, det har vi hatt ..." (BUP-3)

"Så er det noen som blir vurdert til å ikke komme under rett til helsehjelp. Og da har vi den loopen da, hvor det ikke er aktuelt med henvisning så trenger jo ikke det å gjelde for all fremtid. Det kan også hende at vi avdekker ting som ikke har blitt avdekt. Eller at ungdommen blir mer i stand til å ta imot hjelp. Da er det nok med en telefon tilbake til den kontaktpersonen vår som sier at vi kan ta en ny vurdering. Så det er mye enklere." (BVI-5)

Det ser ut på intervjuene som at den tettere kontakten som oppstår mellom BUP og institusjonene gjør at ansatte på institusjon lettere opplever at de kan ta en telefon til BUP igjen. Også litt mer uformelt enn rutinen med ny vurdering.

Noen ungdommer påpekte at det kunne være en fordel å ha en god oppfølging med hensyn til psykisk helse og eventuelt en revurdering etter litt tid, eller eventuelt gjennomføre flere kartlegginger på grunn av at situasjonen kan endre seg etter noe tid. En av ungdommene påpekte at det er viktig å følge opp psykisk helse hos ungdom på institusjonen, og at en kartlegging av psykisk helse med fordel kan oppdateres etter noe tid:

"Ja, ting kan gå bedre, ting kan gå verre. Du kan plutselig være et helt annet sted. Mye kan skje. En liten hendelse kan påvirke mye liksom. Og så spesielt i alderen her, for det er veldig mye sånn hvem er jeg og hva tror jeg (...). I alderen her [ungdomsårene] i hvert fall tror jeg det er lurt å oppdatere skjema litt å se hvor mye det er variasjon." (UNG-2)

5.5.2 Henvisningsgrunnlaget

Studien tydeliggjør at de fleste sakene som tas opp i fagmøtet blir anbefalt henvist til BUP. Som gjennomgangen av dokumentasjonsarkene viser, så var det kun to som ble tatt opp i fagmøtet som ikke endte med henvisning til BUP. Ut fra intervjuene, og fra merknader notert i dokumentasjonsark, virker det som at dersom ungdommene viser sterk motvilje til å gå i behandling i BUP, så vil det ikke bli sendt en henvisning til BUP. Det vil heller bli gitt råd eller veiledning fra BUP til institusjonen. Materialet i denne studien er ikke tilstrekkelig for å gi grunnlag for å bedømme hva som kjennetegner saker som henvises videre, og hva som

kjennetegner saker som henlegges. Når det gjelder i hvilken grad det er enighet/uenighet blant deltakerne i fagmøtet om barnet/ungdommens behov for videre hjelp, så uttrykte ansatte som ble intervjuet i denne studien at det var stor grad av enighet blant deltagerne i fagmøtet om ungdommenes videre behov for hjelp. I forbindelse med spørsmål om henvisningsgrunnlaget, understreket de fleste ansatte som nevnt i avsnittene/kapitlene om fagmøtet og om ASEBA, at kombinasjonen av ASEBA-kartleggingen (spesielt ungdommenes selvrappotering), og det øvrige innholdet i fagmøtet, utgjorde et godt grunnlag for henvisning. Altså er det viktig med kombinasjonen av forskjellige kilder til kunnskap om ungdommen.

5.6 Enslige mindreårige

Når det gjelder kartlegging og oppfølging av psykisk helse ved inntak i barneverninstitusjon blant enslige mindreårige, trekker informantene frem flere utfordringer med modellen. Den ene saksbehandleren nevner at flere av ungdommene hun jobber med ikke kan lese, og at ASEBA derfor må fylles ut ved hjelp av tolk. Dette tas også opp av informanter ved institusjonen. En annen årsak til at kartlegging av psykisk helse kan være utfordrende er at disse ungdommene ikke har levd et "vanlig norsk hverdagsliv" slik at vurderingene bygger på deres fungering i helt spesielle miljøer (f.eks. mottak og skoler med bare flyktninger):

"(...) De to siste vi har fått [enslige mindreårige] har ikke gått i norsk skole sammen med andre norske elever. Noen har gått på en norsk skole i en gruppe med bare ungdommer fra Afghanistan for eksempel. Andre gutter som er like gamle fra Afghanistan. Det blir ikke helt god vurdering med tanke på det som skal vurderes da [i ASEBA]". (BVI-5)

Den ene saksbehandler-informanten forteller at det eksisterer store kulturforskjeller med hensyn til hvor mye ungdommene er villige til å dele av personlig informasjon, og de fleste enslige mindreårige de har jobbet med nekter å ta imot psykisk helsehjelp på grunn av stigma. Saksbehandleren påpeker at når enslige mindreårige hentes fra mottak, har de så å si ingen informasjon om deres bakgrunn eller helsesituasjon. På bakgrunn av dette, påpeker hun at det kan det være svært viktig med en kartlegging av psykisk helse hos denne målgruppen ved inntak i barnevernsinstitusjon.

De informantene som hadde erfaring med enslige mindreårige uttrykte at kartleggingen bør være tilpasset målgruppen, spesielt når det gjelder spørsmål/variabler som omhandler familie, nettverk og barndom. Den ene saksbehandleren som ble intervjuet i denne evalueringen fremhevet at det kan være spesielt nyttig med multiinformantperspektiv i forbindelse med kartlegging av psykisk helse hos enslige mindreårige ved inntak i barnevernsinstitusjon:

"Innenfor min gruppe [de som jobber med enslige mindreårige] er det jo veldig viktig at vi kjører samkjøring. Så ... Det lille vi har gir vi jo fra oss. Og hos han her som var til fostermor, hun var jo kjempeviktig for hun hadde jo vært to måneder med ham. Så hun hadde jo kartlagt masse. Og så Gilantunet da, han hadde jo ikke vært så lenge der da. Sånn at alt blir samlet da. Og så går vi over temaene og spørsmålene og scoringene og veien videre da. Så vi er samkjørt på dette." (SBB-2).

Oppsummert er det altså noen særlige utfordringer knyttet til kartlegging av enslige mindreårige flyktningers psykiske helse. Disse utfordringene kan også tenkes å gjelde for barn fra familier som har opprinnelse i andre

land der psykiske vansker er mer tabubelagt enn i Norge. Refleksjoner rundt slike problemstillinger er nødvendig å ta med seg videre.

5.7 Brukermedvirkning

Ivaretagelse av brukernes medvirkning er en viktig faktor i utviklingen av et mer helhetlig, godt sammenhengende tjenestetilbud som er tilpasset brukernes behov. I intervjuene med ungdommene snakket de om hvorvidt de opplevde å få være med å påvirke eget tilbud og hvordan de generelt sett har følt at de har blitt møtt av tjenesteapparatet. Det varierte i hvilken grad ungdommene var fornøyd med det totale tilbudet de har mottatt/har per i dag (en del ungdommer mottar forskjellige typer tjenester). Et generelt inntrykk var likevel at ungdommene følte at de hadde en viss påvirkning på hva slags tjenester de fikk tilbud om, og at de også skjønnte hvorfor deres ønsker ikke alltid kunne tas til følge. I tillegg var det eksempler på at ungdom tidvis hadde takket nei til tilbud.

5.7.1 Ungdommenes perspektiver

Problemforståelse og kartlegging av psykisk helse

Når det gjelder brukermedvirkning i kartleggingsfasen kan dette knyttes til hvor god informasjon ungdommene får, inkludert om de er informert om utfylling av spørreskjemaet, formålet med kartleggingen og anonymitet. Som nevnt over syntes ungdommene som ble intervjuet i all hovedsak at det var greit at deres psykiske helse ble kartlagt ved inntak på barnevernsinstitusjonen, og de fleste ungdommene uttrykte stor forståelse for hvorfor det er ønskelig å gjennomføre en kartlegging av psykisk helse hos samtlige ungdommer ved inntak i barnevernsinstitusjon, som vist i følgende sitater:

"Jeg syns at det er jo på en måte institusjonen og systemet sin måte å passe på liksom, det er akkurat som foreldre gjør til sine barn, men de kjenner dem jo." (UNG-3)

"Det synes jeg egentlig er bra, og det skulle vært sånn at de hadde kartlagt det hver måned, for det er så mange ungdommer som sliter. Og det er ikke bra. Det er mange flere som trenger hjelp enn det man egentlig tror. For det er så mange som er flinke til å skjule det. Jeg skjuler det ikke ..." (UNG-1)

Som vi så i gjennomgangen av ASEBA, varierte det i hvor stor grad ungdommene selv opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon om utfylling av spørreskjemaet. Flere av ungdommene ønsket mer informasjon om hensikten med å fylle ut skjemaet, hvordan de skulle tenke når de svarte på spørsmålene og hvordan informasjonen/resultatene skulle bli brukt – og ikke minst av hvem:

"Ja, informasjon om hvem det går til, hva brukes den til? Er det anonymt? Hvor anonymt er det? Og hva slags innvirkning har det på personen som skriver det, hva gjør det for deg liksom. Hvis du viser at du har et eller annet problem, hva slags type hjelp får du?" (UNG-2)

"Hver gang jeg har tatt sånne skjema [kartlegging av psykisk helse] så skriver jeg selv og sånne ting og så tar jeg det med tilbake selv. Det er ingen som får sett noe, jeg gir det ikke til fostermora mi så hun kan sende det i posten. Jeg tar det med på neste time [hos BUP] som er neste uke, ikke sant." (UNG-5)

Noen ungdommer påpekte at det å gjennomføre selvrappport i ASEBA kunne bidra til at deres stemme blir hørt i situasjoner der det kan være vanskelig å uttrykke seg muntlig, noe som kan bidra til å fremme medvirkning:

"Altså, det [å fylle ut ASEBA] er jo en enkel måte å si ifra hvis du ikke klarer å si ifra til de nærmeste likevel da. Så det er en grei måte å klare å si ifra at du faktisk trenger det [hjelp/behandling] selv. For hvis du sier ifra i det papiret at du trenger ... [hjelp/behandling], føler du trenger det, så sier det seg egentlig selv da at da trenger du det." (UNG-4)

Som sitatet viser, kan det å uttrykke sin situasjon skriftlig gjennom ASEBA være en god løsning for ungdommer som ikke har lyst, eller synes det er vanskelig å sette ord på følelsene sine.

Informasjon om – og medvirkning i - det videre forløpet

Når det gjelder fremtidig behandlingstilbud og forløp var det en viss variasjon knyttet til om ungdommene syntes de fikk nok informasjon om dette. Noen ungdommer fortalte at de må "mase mye" for å få vite hva som skal skje videre med tanke på eventuell behandling eller oppfølging, mens andre syntes de hadde fått grei informasjon. Mer spesifikt fortalte en av ungdommene at hun gikk til psykolog før hun kom inn på institusjonen, men at av uvisse grunner opphørte de faste avtalene da hun flyttet inn på institusjonen. Hun fortalte videre at hun har blitt informert om at hun skal få ny avtale til samme psykolog, men at hun "ikke vet helt når det blir."

Alle ungdommene vi intervjuet hadde et forhold til BUP, enten om de tidligere hadde gått der, eller går der nå. Noen av dem fortalte at de ikke ønsket å motta behandling i BUP, hovedsakelig på grunn av tidligere negative erfaringer. I disse tilfellene fortalte ungdommene at de opplevde at deres ønsker ble respektert og at institusjonen ikke maste på dem om at de skal til BUP. Av intervjuene med ungdommene som fortsatt er i et behandlingsløp i BUP, uttrykte de at de opplevde at de hadde behov for hjelp fra BUP, og at dette hjelpebehovet ble godt imøtekommet fra både institusjonene og BUP. Noen ungdommer fortalte at de ansatte på institusjonen er behjelpelige med å passe på at de kommer seg til avtalt time hos BUP, for eksempel ved å gi dem påminnelser og skyss.

Flere ungdommer fortalte videre at de ansatte på institusjonen legger godt til rette for at de skal kunne delta i andre aktiviteter som de selv mener er et viktig bidrag for å ivareta deres psykiske helse. Samtidig var det andre ungdommer som mente at det var litt for lite å gjøre utenom skoletid, og at de opplevde streng kontroll og lite frihet og privatliv. Medvirkningen, eller snarere medbestemmelsen, over eget tilbud kan dermed sies å variere noe. Det oppleves kanskje lettere for ungdommene å medvirke i det profesjonelle tilbudet hvor man for eksempel kan takke nei til tilbud fra BUP, mens når det gjelder innflytelse over dagliglivet på institusjonen kan rammene være snevrere. Flere av ungdommene fremhevet at de synes det er viktig at de voksne på institusjonen bryr seg om dem, uten at de trenger å gjøre noe stort nummer ut av skiftende humør. Likeså ønsket flere ungdommer seg at personalet skulle være oppmerksomme på humøret deres og ta dem på alvor når de fortalte om situasjonen sin:

"Men jeg tenker at når jeg sender melding og sier at "jeg har det bra. Bare la meg være akkurat nå" da synes jeg at de [ansatte på institusjonen] skal bli flinkere til å si "ok, greit. Men ring oss når du er klar for å snakke om det." Det synes jeg er viktig." (UNG-1)

"(...) Men sånn tenker jeg at de som jobber her, må være litt lydhøre for humøret. Se an. Det er jo mest når jeg er sur de prøver å snakke med meg!" (UNG-3).

Implisitt i disse sitatene kan vi også se bekymrede ansatte som ønsker å følge opp ungdommen. Samtidig kan det fra ungdommenes perspektiv oppleves som at de voksne har for stort fokus på "psykiske vansker" når de selv bare opplever det som "vanlige" svingninger i humøret etter en dårlig dag på skolen eller liknede. Det var flere eksempler blant informantene på at de opplevde "ikke å bli tatt på alvor." En ungdom pekte på det hun opplevde som en slags dobbelthet fra personalet på institusjonen når det gjaldt medvirkning i hva slags hjelp hun skulle få:

"Jeg får jo bestemme selv hvilken hjelp jeg vil ha og når jeg vil ha hjelp og sånne ting. Men ... Igjen da, hvis jeg virkelig trenger hjelp og sier ifra om det, så får jeg ikke hjelpa jeg trenger. Fordi de tar meg ikke alvorlig nok." (UNG-4)

Ut ifra intervjuene kan vi ikke si noe helt konkret om i hvor stor grad personalet faktisk lar ungdommene få en reell innflytelse på tilbudet de skal motta. Til tross for eksempler som de ovenfor nevnte, var likevel hovedinntrykket at ungdommene hadde mye å si når det gjaldt hva slags hjelpetilbud de skulle få.

5.7.2 Ansattes perspektiver

I intervjuene med de ansatte ved barnevernsinstitusjonene ble også temaet brukervedvirkning og ungdommenes medbestemmelse tatt opp. For det første kan selvrapportering gjennom ASEBA betraktes som et verktøy for å ivareta brukervedvirkning/brukerens perspektiver, noe ungdommene også var inne på og som beskrevet tidligere.

For det andre jobbet begge institusjonene med beboere i aldersgruppen 12-18 år bevisst med brukervedvirkning. Dette hadde imidlertid ingenting med pilotprosjektet å gjøre. Lederen på Ranheim Vestre fortalte blant annet at de har jobbet etter en modell der ungdommens synspunkter har blitt tillagt stor vekt også før deltakelsen i pilotprosjektet. Hun understreker at "fra første stund skal de være delaktige". Ungdommene på institusjonen har hver sin **handlingsplan**. Denne ønsker institusjonen å utforme sammen med ungdommen: Hva skal ungdommen bidra med? Hvordan ønsker ungdommen at de skal nå målet? Hvordan vil ungdommen ha det i samvær med mor og far? Samtidig problematiserer en av informantene dette planarbeidet. Institusjonen skal være ungdommens hjem, og hvor normalt er det da for en ungdom å sitte og lage mål og planer for oppholdet? En løsning er å tenke at ungdommens mål og ønsker ikke kommer frem i et formelt møte, men like gjerne kan avdekkes gjennom en prat i bilen eller liknende. Imidlertid kan det variere i hvor stor grad ungdommene uttrykker sine ønsker, behov og mål:

"Og så kommer også ungdommens egne mål inn i en handlingsplan. Så det er jo og en viktig bit, hva ønsker ungdommen selv og da (...). Noen har det veldig klart hva de vil og hva de ønsker å oppnå. Andre trekker litt mer på skuldrene." (BVI-2)

Ranheim Vestre gjennomfører videre **brukerundersøkelser** som innebærer at ungdommene blir intervjuet etter at de har bodd på institusjonen i tre måneder. Gilantunet har også tilsvarende verktøy de jobber etter for å sikre brukermedvirkning, og ledelsen ved Gilantunet uttrykte at institusjonen er svært opptatt av å ivareta brukerperspektivet på en god måte. For eksempel hadde de en bevisst tilnærming til at ungdommene skulle oppleve at det er deres valg om de vil motta psykisk helsehjelp. Samtidig som personalet må prøve å motivere dem som ikke har lyst, men som institusjonen anser har et behov.

Oppsummert innebærer ikke pilotprosjektet særlig store endringer i hvordan brukernes perspektiver inkluderes i hjelpetilbudet. Selvrapporteringen i ASEBA er det tiltaket i samhandlingsmodellen som i størst grad kan sies å fremme brukerperspektivet.

6 Diskusjon

I denne studien har vi evaluert pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov." Basert på kvalitative intervjuer med ungdommer, ansatte på barnevernsinstitusjoner, behandlere i BUP og saksbehandlere fra den kommunale barneverntjenesten som har deltatt i pilotprosjektet, viser altså resultatene at informantene hovedsakelig har positive erfaringer med samhandlingsmodellen. Modellen bidrar til å sikre at de unge får en mer systematisk og raskere vurdering av retten til nødvendig helsehjelp og en eventuell anbefaling om henvisning og plan for videre oppfølging sammenliknet med tidligere. Intervjuene viser også tydelig at alle ansattegrupper innenfor barnevernet har en større bevissthet rundt de unges psykiske helse etter at pilotprosjektet startet. Dette forklarer de med både at prosjektet gir generell oppmerksomhet på temaet og at ASEBA gir spesifikk retning i hva man skal se etter. I de følgende avsnittene vil hovedfunn innenfor de tre overordnede temaene for evalueringen bli oppsummert og drøftet, etterfulgt av en konklusjon. Avslutningsvis presenterer vi anbefalinger og trekker opp noen problemstillinger som bør tas stilling til ved en videreutvikling og eventuell fullskala implementering av modellen.

6.1 Samhandlingsformer og rutiner

En av de viktigste endringene som beskrives som et resultat av prosjektet er at modellen bidrar til større forpliktelse mellom de ulike aktørene. Informantene opplever av samhandlingsmodellen har ført til at det har blitt en tettere kontakt mellom ansatte i institusjonene og i BUP. Dette har i sin tur ført til større fellesskapsfølelse rundt den unges behov, bedre tilgjengelighet til hverandre og en større trygghet i at de jobber mot et felles mål. Det er trolig at disse resultatene skyldes etableringen av felles rutiner og en tydelig avklaring av roller i prosjektet, i tillegg til at fagmøtet fungerer som en samlende faglig arena. Utvikling av felles rutiner henger nært sammen med definering av ansvar og roller, og kan betraktes som operasjonaliseringen av ansvars- og rolleavklaring. Dette er en klassisk suksessfaktor for god samhandling på tvers av enheter, identifisert i flere liknende prosjekter (Mathiesen & Buland, 2017; Ådnanes et al., 2016), men som også gjelder generelt for samhandlingsprosjekter (Helsedirektoratet, 2011).

God kunnskap om, og respekt for andres profesjoner og roller er også vist å være en suksessfaktor for å skape god samhandling (Helsedirektoratet, 2011). Motsatt har tidligere studier antydnet at profesjonstilhørighet kan fungere som en barriere mot samarbeid på tvers av yrkesgrupper (Hall, 2005; Maruthappu, Hasan, & Zeltner, 2015; Prince & Austin, 2005). Det finner vi lite av i prosjektet som er evaluert her, hvilket stemmer godt overens med en annen tidligere studie vi har gjennomført på samarbeid mellom barnevern og BUP, men da i akutte situasjoner (Ådnanes et al., 2016). Evalueringen tyder på at samarbeidet fungerer godt faglig på tvers av barnevern og BUP. At vi finner få tendenser til profesjonskonflikter kan ha sammenheng nettopp med at roller og ansvar er tydelig definert i prosjektet. I tillegg utfordrer heller ikke prosjektet tradisjonelle faglige grenser, slik at hver yrkesgruppe jobber som tidligere innenfor sine respektive domener (psykisk helse og omsorg). De tre institusjonene som deltar i pilotprosjektet og de tilhørende BUP-klinikkene påpekte også at de hadde et godt samarbeid før pilotprosjektet startet. Det har trolig også gitt et godt grunnlag for det vellykkede samarbeidet som foregår nå. Det ville vært interessant og testet ut samhandlingsmodellen blant andre institusjoner og BUP-klinikker som ikke har hatt tilsvarende gode samarbeidsrelasjoner. Trolig ville arbeidet vært tyngre da, men kanskje ville gevinsten vært større. I en mulig videreføring av modellen kan det være hensiktsmessig å se på

eventuelle variasjoner mellom omsorgsinstitusjoner når det gjelder andelen unge som mottar et tilbud fra BUP, og innføre modellen der færrest andel unge får hjelp fra BUP.

Resultatene i studien viser at de delene av samhandlingen som er mest krevende handler om manglende deltakelse fra relevante aktører. For eksempel at den kommunale barneverntjenesten ikke deltar på fagmøtene i så stor grad som de andre aktørene ønsker. Dette er ikke samhandlingsproblemer som oppstår på grunn av profesjonsueneigheter eller liknende, men vårt inntrykk er at det skyldes mangel på ressurser og kanskje også for dårlig planlegging. Deling av økonomiske ressurser på tvers av enheter er et grep for å skape bedre koordinert samhandling ("integrated care") (Kodner & Spreeuwenberg, 2002), men er vanskelig i dette tilfellet. I en eventuell videreføring av modellen/prosjektet vil det uansett være viktig å inkludere barneverntjenesten tettere. Det er et krevende arbeid, gitt at barneverntjenesten er geografisk spredt og har stort omfang (mange saksbehandlere), men vil være nødvendig for å sikre at deres kunnskap om den unge inkluderes i drøftinger. Når det gjelder fagmøtet i en eventuell fremtidig større implementering har også BUP vært inne på at det kan bli svært ressurskrevende for dem, om de skal delta på fagmøter for alle unge som flytter inn på alle omsorgsinstitusjonene. Før de kan vurdere om modellen kan breddes ut i fullskala med BUPs deltakelse bør det gjøres en gjennomgang av hvor mange saker det er snakk om (nye innflyttinger per institusjon tilhørende den enkelte BUP), slik at BUP har et riktig beslutningsgrunnlag for å vurdere om de kan delta på alle fagmøtene eller ikke.

Studien viser at de fleste informantene opplever at de nye samhandlingsformene og rutinene bidrar til raskere hjelp til *alle* unge som kommer på institusjonene ved at det er etablert en tidsfrist og rutiner for gjennomføring av fagmøte og videre oppfølging. I flere av sakene i pilotprosjektet tok det imidlertid lengre enn tre uker for gjennomføring av fagmøte fordi de ansatte på institusjonene i over halvparten av sakene måtte utsette møtet for å sikre deltagelse fra barneverntjenesten. I intervjuene reflekterte alle informantene omkring tidsfristen. Det var en felles oppfatning at tidsfrist er viktig, men at man bør ha et litt pragmatisk forhold til den. Det er viktigere å få en god diskusjon i fagmøtet enn at møtet holdes innen tidsfristen. Ut ifra ungdomsintervjuene så vi også at de mente at tre uker var en rimelig tid. Da har man "landet" på institusjonen, men det er fortsatt tidlig i oppholdet.

Pilotprosjektet kan betraktes som et eksempel på et avgrenset samhandlingstiltak som anvender et begrenset antall virkemidler. Det er et forholdsvis enkelt tiltak som, som nevnt, bygger på eksisterende praksis. Studien viser at pilotprosjektet i all hovedsak fungerer godt, men den store lakmustesten på om modellen er funksjonell og bærekraftig vil de først få når de prøver den ut i større skala.

6.2 Kartlegging og dokumentasjonsgrunnlag for videre henvisning til BUP

ASEBA er et mye brukt kartleggingsskjema for å avdekke den psykiske helsetilstanden til barn/ungdom generelt, også i barnevernet nasjonalt og internasjonalt (Hanssen-Bauer et al., 2010; Janssens & Deboutte, 2009). Studien tyder på at både de ansatte og ungdommene på omsorgsinstitusjonene har positive holdninger til et kartleggingsskjema der de kan rapportere skriftlig om problemer og styrker. Dette er i tråd med al. Gleason et al. (2012) sine funn angående ansatte, men det eksisterer lite forskning på hvilke holdninger og opplevelser ungdommer i barnevernsinstitusjoner har knyttet til screening av psykisk helse. Ungdom som ble intervjuet i denne studien syntes stort sett det gikk greit å fylle ut ASEBA og de viste god forståelse for hvorfor det var ønskelig å gjennomføre en slik kartlegging. Ungdommene peker på at for de som ikke er

fortrolige med å snakke om følelser kan det å formidle erfaringer via et skjema være gunstig, spesielt hvis det er anonymt. Hvorvidt det er ASEBA som skal være det foretrukne kartleggingsskjemaet, ligger utenfor denne evalueringen å besvare.

Multiinformantperspektivet i ASEBA blir forsøkt ivaretatt og oppleves positivt, særlig fra ansatte som ble intervjuet i denne studien. Fordelen er åpenbart at ved at ulike aktører (ungdom, foresatte og skole) gir sin vurdering, får man frem forskjellige perspektiver på det samme fenomenet (den unges psykisk helse). Som nevnt innledningsvis undersøkte Salbach-Andrae et al., (2009) i sin studie grad av overensstemmelse mellom CBCL, TRF og YSR i et klinisk utvalg av ungdommer som har blitt henvist til psykiatrisk behandling. De påpeker at det ikke er å anbefale å vurdere grad av psykopatologi hos ungdom kun basert på ungdommens selvrapport, som for eksempel YSR. Dette på grunn av at ungdommene har en tendens til å underrapportere sine vansker sammenlignet med foresatte og læreres rapportering. Forfatterne spekulerer på om dette kan skyldes at ungdommene fortrengrer sine vansker eller forsøker å minimere sine psykologiske vansker. Man kan også spekulere videre i om en underrapportering av vansker kan knyttes til manglende lyst til å dele personlig informasjon og til å motta hjelp. Fremtidige studier bør undersøke hvilke faktorer som kan bidra til en eventuell underrapportering av psykiske vansker i form av selv-rapportering. Selv om det er lav til moderat overensstemmelse mellom de ulike aktørers (ungdom, foresatte og skole) rapportering på ASEBA, så er det anerkjent at det er viktig å ivareta de ulike perspektivene da de gir verdifull informasjon om ulike aspekter ved en persons fungering (Achenbach, 1995; Salbach-Andrae et al., 2009). Vår studie tyder imidlertid på at det kan være vanskelig å få til og gjennomføre en komplett og god utfylling fra alle aktører i praksis når det gjelder kartlegging av psykisk helse hos ungdom på barnevernsinstitusjoner. Det kan for eksempel skyldes at de som skal fylle ut skjemaet ikke kjenner ungdommen godt nok. Slike begrensninger understreker betydningen av at ASEBA suppleres med annen informasjon.

Dokumentasjonsgrunnlaget for å avgjøre om en skal anbefale videre henvisning eller ei inkluderer altså en gjennomgang av resultatene fra ASEBA, og en tverrfaglig/tverretattlig drøfting i fagmøtet. Resultatene fra ASEBA er en viktig del av dokumentasjonsgrunnlaget, men informantene understreker at ASEBA alene ikke er tilstrekkelig, men må suppleres med deltakernes kunnskap om saken og om ungdommen. Dette er i overensstemmelse med Janssens & Deboutte (2009), som påpeker at scorene på validerte måleinstrumenter og intuitive bedømmelser er viktige signaler på behov for spesialisert hjelp, men at det er fortsatt et gap mellom informasjonen som samles inn under en spørreskjemakartlegging (screening) av psykisk helse versus type- og intensitet av hjelpebehov. I denne studien etterlyses det særlig at saksbehandler fra barneverntjenesten deltar på fagmøtet og kan presentere et lengre perspektiv (for de saksbehandlerne som har hatt langvarig kjennskap til saken). I visse saker fremkommer det at dokumentasjonsgrunnlaget kan være mindre omfattende enn ønskelig. For eksempel gjelder dette for enslige mindreårige flyktninger og for unge som plasseres i mer akutte tilfeller. I slike tilfeller er det særlig viktig at ungdommens stemme blir hørt, og muligheten for selvrapportering blir dermed sentral. Alt i alt ser likevel fagmøtet ut til å gi et tilstrekkelig grunnlag for å diskutere henvisning. Studien viser videre at langt de fleste sakene som tas opp i fagmøtet anbefales henvist videre, begrunnet i et behov for hjelp fra BUP. Det ser ut til å være stor grad av enighet om disse beslutningene.

Videre vil det være nyttig å undersøke faktorer som kan fremme bruk av multiinformantperspektiv i kartleggingen av ungdommens psykiske helse. Fremtidige studier bør også undersøke sammenhengene mellom kartlegging av psykisk helse, hjelpebehov, bruk av helsetjenester samt effekt av behandling og tiltak

blant et representativt utvalg av ungdommer - og i et større utvalg av barnevernsinstitusjoner. I tillegg vil longitudinelle studier gi verdifull kunnskap.

6.3 Brukermedvirkning

Samhandlingsmodellen innebærer ikke spesifikke tiltak som skal styrke brukermedvirkning og ungdommenes innflytelse på eget hjelpetilbud, annet enn at ASEBA har selv-rapportskjema. Selv-rapport kan sies å være et verktøy for innflytelse gjennom at ungdommen får presentere sin egen versjon av seg selv/sin psykiske helse. Tidligere forskning tyder på at internaliserende symptomer kan fanges bedre opp ved hjelp av ungdommens selvrapport, sammenlignet med læreres og foresattes rapportering (Youngstrom, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2000; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000). Med det utgangspunktet blir det viktig at ungdommene fyller ut ASEBA på en gjennomtenkt og oppriktig måte. Ungdomsinformantene i studien hadde alle fylt ut skjemaet på en seriøs måte, ifølge dem selv. De ansatte opplevde også at ungdommene stort sett tok utfyllingen seriøst. Samtidig ble det mye diskutert at ungdom har behov for å få tydelig informasjon om hva som er hensikten med ASEBA-kartleggingen, og hvordan man skal tenke når man gjør utfyllingen. Og ikke minst ønsker flere ungdommer at besvarelsen forblir anonym for de ansatte på institusjonen, altså at personalet ikke får se hva ungdommen har svart. Dette kan sees i sammenheng med tidspunktet og konteksten for utfylling; innen tre uker etter inntak. De fleste ungdommene påpeker at de ikke er trygge på verken situasjonen eller de ansatte ved inntak. På bakgrunn av dette kan det være vanskelig å dele personlig informasjon vedrørende sin psykiske helse. Behovet for anonymitet, slik at ungdommen rapporterer mest mulig sannferdig for å ivareta ASEBAs psykometriske egenskaper, er dermed noe man må ta stilling til ved en eventuell videreføring av prosjektet. Ungdommenes ønske om anonymitet må samtidig ses opp mot personalets behov for å vite mest mulig om ungdommene for å kunne ivareta dem på en god måte.

Forøvrig viser studien at institusjonene jobber med brukermedvirkning gjennom handlingsplaner og jevnlig brukerundersøkelser. Dette eksisterte uavhengig av pilotprosjektet. Generelt viser også studien at ungdom har medvirkning i den forstand at de kan takke nei til tilbud (f.eks. til BUP) – og de gjør det. Institusjonene på sin side forteller at de bistår ungdommene i å komme seg til avtaler med BUP og forsøker å motivere de som de anser har behov for det, men som ikke har takket ja til behandling.

Ungdommene i studien ser generelt sett ut til å ha ganske god problemforståelse. De uttrykker en forståelse for at mange ungdommer på institusjon har behov for psykisk helsehjelp. Videre synes de at det er greit med en kartlegging av alles psykiske helse.

Ungdommer som bor på barnevernsinstitusjon har ikke blitt involvert i planlegging og utvikling av samhandlingsmodellen. Denne gruppen, som er den hele prosjektet handler om, kunne med fordel vært involvert i utarbeidelsen av modellen. Det kunne også ha styrket brukerinvolveringen.

7 Konklusjon og anbefalinger

Sammenliknet med situasjonen før man startet med pilotprosjektet, ser vi at det er en større systematikk i arbeidet med å vurdere og følge opp de unges psykiske helse. Det er tettere kontakt mellom ansatte i institusjonene og i BUP, og samhandlingen erfares som mer forpliktende. Det sikrer at de unge i større grad enn tidligere raskt får vurdert behovet for nødvendig helsehjelp, medfølgende en eventuell anbefaling om henvisning til BUP. Anbefalingen tas som regel til følge. Ut ifra funn i denne studien kan vi ikke si noe om hvordan hjelpen fungerer, men vi kan si at døren for å få hjelp står mer åpen. I en eventuell utbredelse av pilotprosjektet er det flere spørsmål vi må ta stilling til. Disse handler i stor grad om balansering mellom ressursbruk i tjenestene og nytte av tiltaket. Vår hovedanbefaling er likevel en form for videreføring av prosjektet, men at vi justerer modellen noe.

Anbefalinger

- Behold fagmøtet som en tverrsektoriell arena for faglig diskusjon
 - Barneverntjenesten bør delta på fagmøtet.
 - Ta i bruk videokonferanse/Skype for å forenkle slik at alle kan møtes innen tidsfristen.
 - Fagmøtet kan også legges sammen med barneverntjenestens besøk på institusjonen.
- Viderefør en tidsfrist på tre uker.
- Behold ordningen med en fast kontaktperson mellom BUP og barnevernsinstitusjonene.
- Gi ungdommene mer informasjon om ASEBA-kartleggingen.
- Vurdere ungdommenes ønske om anonymitet ved utfylling av ASEBA opp mot personalet på institusjonen sitt behov for å ha god kjennskap til ungdommenes psykiske helse.
- Vurdere om utvalgte ansatte på institusjonen kan få opplæring i bruk og skåring av ASEBA for å frigjøre tid for BUP og skape større eierskap til ASEBA for institusjonen.
- I videreutvikling av modellen vil det være hensiktsmessig å involvere en representant for ungdommene i arbeidsgruppen.

Refleksjoner rundt videreutvikling av modellen

Ser vi videre fremover, og stiller noen større spørsmål knyttet til videreutvikling er de for det første knyttet til inkludering av beboere. Skal alle barn og unge som flytter inn på omsorgsinstitusjoner få tilbud om en kartlegging av psykisk helse, eller kan de som allerede er i et behandlingsforløp i BUP utelukkes? For det andre handler det om hvilke aktører som skal delta på fagmøtet, og om man trenger å avholde fagmøte for alle unge som kartlegges. Man kan tenke seg at fagmøtet først og fremst skal diskutere tvilstilfellene, altså der man er usikker på om de skal anbefale henvisning eller ikke. Da kan man se for seg at ASEBA-scorene er markøren for om saken er et tvilstilfelle. Tenker vi på en enda mer radikal utvikling av modellen kan vi også tenke oss at ressurser bør vris til kommunene, slik at kartlegging av psykisk helse kan skje allerede der – før den unge plasseres på institusjon. Kommunal kartlegging (og oppfølging) kan tenkes å fungere forebyggende og bidra til at den unge kan bo lengre hjemme.

Referanser

- Achenbach. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 45-65. doi: 10.1007/bf01447044
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, Vt: ASEBA.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.
- Arcelus, J., Bellerby, T., & Vostanis, P. (1999). A mental-health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(2), 233-245.
- Backe-Hansen, E., Bakketeig, E., Gautun, H., & Grønningsæter, A. B. (2011). Institusjonsplassering – siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet: NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M. M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 372-381. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.10.004
- Bufdir. (2017). Videreutvikling av kvalitetsutviklingsprogrammet i tråd med Prop.106 L - Organisering av tjenestetilbudet i Bufetat (Høringsnotat). from http://static1.squarespace.com/static/54ddefa8e4b00d9d89b3479e/t/54e300d0e4b006037294cbde/1424163024965/125_H%C3%B8ringsnotat+-+Organisering+av+tjenestetilbudet+i+Bufetat+v+1+0.pdf
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. doi: 10.1097/01.chi.0000127590.95585.65
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55.
- Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S. A. M., Ottosen, A., & Rustad, K. B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 91(04), 282-297.
- Gjertsen, H., & Lichtwarck, W. (2013). Evaluering av det interkommunale barnevernet Ytre Helgeland: kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna og Træna Nordlandsforskning.
- Gleason, M. M., Heller, S. S., Nagle, G. A., Boothe, A., Keyes, A., & Rice, J. (2012). Mental Health Screening in Child Care: Impact of a Statewide Training Session. *Early Childhood Research & Practice*, 14(2), n2.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. doi: 10.1186/1471-244x-10-113
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 188-196. doi: 10.1080/13561820500081745
- Hanssen-Bauer, K., Langsrud, Ø., Kvernmo, S., & Heyerdahl, S. (2010). Clinician-rated mental health in outpatient child and adolescent mental health services: associations with parent, teacher and adolescent ratings. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 29-29. doi: 10.1186/1753-2000-4-29
- Hdir, & Bufdir. (2016). Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.

- Helsedirektoratet. (2011). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for «samfunnskompetanse» i kurs og utdanningstilbud *Rapport 09/2011, IS-1931*.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*(11), 691-700. doi: 10.1007/s00787-009-0030-y
- Kaasbøll, J., & Aanonli, A. K. (2015). Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner: SINTEF Teknologi og samfunn.
- 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 barnevernsinstitusjoner, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, NTNU
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nord J Psychiatry, 58*(4), 319-325. doi: 10.1080/08039480410005846
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care, 2*(14 Nov).
- Kornør, H., & Jozefiak, T. (2012). Psychometric properties of the Norwegian version of Child Behavior Checklist Version ages 2-3, 4-18, 1½-5 and 6-18 (CBCL). *PsykTestBarn, 1*(3).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal akademisk
- Levitt, J. M. (2009). Identification of mental health service need among youth in child welfare. *Child Welfare, 88*(1), 27-48.
- Lurie, J., & Tjelflaat, T. (2009). Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri I Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak. NTNU Samfunnsforskning. Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*: Universitetsforlaget.
- Maruthappu, M., Hasan, A., & Zeltner, T. (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Health Systems & Reform, 1*(4), 250-256. doi: 10.1080/23288604.2015.1077301
- Mathiesen, I. H., & Buland, T. (2017). Nettverksledelse for bedre samhandling i offentlig sektor. En studie av Mission Possible-nettverket på Sunnmøre. *IRIS Rapport 2017/005*. Stavanger.
- Mount, J., Lister, A., & Bennun, I. (2004). Identifying the mental health needs of looked after young people. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*(3), 363-382.
- Paulsen, V. (2016). Ungdommers erfaringer med medvirkning i barnevernet. *Fontene Forskning, 1*, 4-15.
- Petrenko, C. L. M., Culhane, S. E., Garrido, E. F., & Taussig, H. N. (2011). Do youth in out-of-home care receive recommended mental health and educational services following screening evaluations? *Children and Youth Services Review, 33*(10), 1911-1918. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.05.015>
- Prince, J., & Austin, M. J. (2005). Inter-Agency Collaboration in Child Welfare and Child Mental Health Systems. *Social Work in Mental Health, 4*(1), 1-16. doi: 10.1300/J200v04n01_01
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330-366. doi: 10.1037/0033-2909.128.2.330
- Robson, E. (2011). The Right to be Properly Researched. How to Do Rights-Based, Scientific Research with Children: A Set of Ten Manuals for Field Researchers. *Children & Society, 25*(4), 341-342. doi: 10.1111/j.1099-0860.2011.00359.x
- Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J. M., Leslie, L. K., Hurley, M. M., Bellonci, C., . . . Jensen, P. S. (2009). Best practices for mental health in child welfare: screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare, 88*(1), 163-188.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry, 24*(5), 345-351. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.07.008>

- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development, 81*(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Schneiderman, J. U., & Villagrana, M. (2010). Meeting Children's Mental and Physical Health Needs in Child Welfare: The Importance of Caregivers. *Social Work in Health Care, 49*(2), 91-108. doi: 10.1080/00981380903158037
- Tobon, J. I., Reid, G. J., & Brown, J. B. (2015). Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives. *Community Mental Health Journal, 51*(8), 921-930. doi: 10.1007/s10597-015-9873-5
- Villagrana, M. (2010). Mental health services for children and youth in the child welfare system: A focus on caregivers as gatekeepers. *Children and Youth Services Review, 32*(5), 691-697. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.01.005>
- Vis, S. A., Holtan, A., & Thomas, N. (2012). Obstacles for child participation in care and protection cases—why Norwegian social workers find it difficult. *Child Abuse Review, 21*(1), 7-23. doi: 10.1002/car.1155
- Wilson, C. J., Rickwood, D., & Deane, F. P. (2007). Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist, 11*(3), 98-107. doi: 10.1080/13284200701870954
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1038-1050.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology, 12*(3), 443-466.
- Ådnanes, M., Dalseng Haugen, G. M., & Melby, L. (2016). Forsøk på felles, tverretatlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern - Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand: SINTEF Teknologi og samfunn.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no

Mal for fagmøte

Revidert 08.06.2016

Deltakere:

Representanter fra aktuell Barnevernsinstitusjon

BUP

Saksbehandler/oppfølger i Barneverntjenesten

Bakgrunn for plassering

- familie/omsorgssituasjon

Tidligere kontakt med hjelpeapparat/psykisk helsevern:

Funksjon:

- skole
- venner
- søvn
- mat
- somatisk

Symptomer:

- gjennomgå aktuelle tilstandsgrupper og alvorlighet:
 - o alvorlig bekymring for barn under 6 år
 - o angstlidelser
 - o atferdsforstyrrelse/trasslidelse
 - o bipolar lidelse
 - o depresjon
 - o autistiske tilstander
 - o hyperkinetiske tilstander (ADHD)
 - o lettere psykiske vansker hos barn med normal utvikling
 - o alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom
 - o psykose
 - o alvorlig selvskadingsepisode og eller gjentakende egenskadingsepisoder
 - o skolevegring
 - o spesifikke språk- og lærevansker uten alvorlige psykiske symptomer
 - o spiseforstyrrelse
 - o Tourettes syndrom
 - o alvorlig psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer
 - o tvangstanker og/eller tvangshandlinger
- tilleggsproblematikk/andre observasjoner?
- rus og suicidalitet

Dokumentasjonsark**Prosjekt: psykisk helse til barn og ungdom i barnevernsinstitusjon. Dokumentasjon av arbeids-/samarbeids-prosess og beslutninger fra inntak i barnevernsinstitusjon til behandling i/konsultasjon ved BUP**

Navn barnevernsinstitusjon og ansvarlig for utfylling av skjema:

Birknr.:

Nr	Aktivitet	Utført dato	Kommentar/svar
1	Inntak til barnevernsinstitusjon		
2	Gjennomført ASEBA, evt. <i>begrunnelse for hvorfor det ikke er gjennomført: se punkt 3A</i>		
3A	Fagmøte		
3B	Dersom barnet er overført fra en BUP klinikk til en annen har institusjonen ansvar for å se til at det opprettes kontakt mellom tidligere BUP klinikk og BUP-klinikk tilknyttet institusjonen. Tidsfrist – som ordinær henvisning		
3C	Nytt fagmøte innen 6 mnd. der det konkluderes med 'ikke aktuelt med henvisning' eller 'avslag etter vurdering Inntaksteam BUP'.		
4	Konklusjon i fagmøte <input type="checkbox"/> Har behov – henvisning sendes <input type="checkbox"/> Har allerede tilbud ved BUP <input type="checkbox"/> Har ikke behov <input type="checkbox"/> Annet		
5	Tilbakemelding til ungdommen om diskusjon og konklusjon fra fagmøte		
6	Henvisning til BUP <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten <input type="checkbox"/> Fastlege		
7	Inntaksteam BUP		
8	Konklusjon Inntaksteam BUP <input type="checkbox"/> Har behov, inntak besluttet <input type="checkbox"/> Ikke inntak <input type="checkbox"/> Annet		
9	Oppstart BUP/behandlingsfrist		

Institusjonen skriver referat fra fagmøte (intern dokumentasjon, skal ikke sendes BUP) – se *Mal for fagmøte*.

Intervjuguide - Ungdom

Introduksjon til intervju

- Fortelle informanten om prosjektet
- Lese informasjonsskriv/ samtykkeerklæring
- Om gangen i intervjuet (bakgrunn, litt om deg, kartlegging av psykisk helse og hjelpebehov),

Bakgrunnsinformasjon

- Hvor mange år er du?
- Hvor lenge har du bodd på institusjonen?
- Har du hatt andre institusjonsopphold før eller hatt plasseringer utenfor hjemmet før du kom hit?
- Kan du fortelle litt om din skolesituasjon?
- Hva liker du å gjøre på fritiden?
- Kan du fortelle kort om grunnen til at du er på institusjon?

Før inntak på barnevernsinstitusjon

- Har du hatt kontakt/hjelp i forbindelse med psykiske vansker før du kom på institusjonen? (F.eks. BUP, psykolog, helsesøster, fastlege osv.)
- Hvis ja – har du fortsatt kontakt/behandling?
- Hvordan opplevde du tilbudet/behandlingen/samtalene?

Hoveddel

Ingress

Jeg vil nå stille noen spørsmål som handler om kartlegging av psykiske vansker ved inntak på barnevernsinstitusjonen

Informasjon (om kartlegging av psykisk helse

Hvilken informasjon om kartlegging av psykisk helse fikk du ved inntak?

- Fikk du noen informasjon om kartlegging/undersøkelse av din psykiske helse da kom på institusjonen? (informasjon om at du skulle fylle ut et spørreskjema?)

Hvis ja:

- Når fikk du denne informasjonen?
- Hvem ga deg denne informasjonen? (ansatt/leder etc.).
- Hvordan ble informasjonen gitt? (skriftlig og/eller muntlig)
- Hva synes du om informasjonen som ble gitt?
- Fikk du god nok informasjon om hva som var målet med kartleggingen?
- Fikk du god nok informasjon om hva kartleggingen innebærer?
- Fikk du god nok informasjon om hva som skulle skje i etterkant av kartleggingen?
- Er det noe du skulle ønske ble gjort annerledes med tanke på informasjon om kartlegging av psykisk helse

Hvis nei: Var det noen som fortalte deg at du at du skulle fylle ut et spørreskjema?

Hvis ja: spørsmål ovenfor.

Erfaringer med å fylle ut ASEBA

- Har du fylt ut spørreskjema (ASEBA) om psykisk helse/psykiske vansker?

Hvis ja:

- Hvordan foregikk det? (alene, sammen med ansatt, var noen tilgjengelig for å svare på eventuelle spørsmål knyttet til utfyllingen av skjemaet?)
- Hvordan synes du det var å fylle ut skjemaet?
- Hva fungerte bra/mindre bra?

Hvis nei:

- Fikk du tilbud om å fylle ut skjemaet?
- Hvorfor ville du ikke fylle ut skjemaet?
- Kan du fortelle litt om hva som skjedde når du ikke ville fylle ut spørreskjemaet? (respons fra ansatte, annet?)

Opplevelse av å bli kartlagt – problemforståelse og hjelpebehov

- Hva synes du om at din psykiske helse ble/blir kartlagt?
- Hva synes du om at alle barn og unge sin psykiske helse blir kartlagt ved inntak på barnevernsinstitusjon?
- Hva tror du er grunnen til at det blir gjort en slik kartlegging?

Hjelpebehov

- Har du behov for noe hjelp med tanke på din psykiske helse?
- Hvordan har ditt behov for hjelpe blitt imøtekommet fra de ulike tjenestene (fra barnevernsinstitusjonen, saksbehandlere i kommunen, BUP, fastleger etc)?
- Føler du deg godt ivaretatt av tjenestene (barnevernsinstitusjonen, saksbehandlere i kommunen, BUP, fastleger etc) – med spesielt tanke på din psykiske helse?
- Hva fungerer bra/mindre bra?

Medvirkning

- Opplever du at du har medvirkning og innflytelse på hva slags tjenestetilbud du får?
- Hva mener du kunne blitt gjort annerledes?

Avslutning

- Av det vi har snakket om/diskutert i dette intervjuet, hva synes du har vært viktigst, er det noe du er spesielt opptatt av?
- Hva er det viktigst for deg å få sagt til de voksne om kartlegging av psykisk helse og videre oppfølging i barneverninstitusjoner?

Intervjuer gir til slutt en kort oppsummering av hva som er behandlet/gitt uttrykk for intervjuet, og spør om informanten ønsker å korrigere og/eller utdype noe.

Evaluering av pilotprosjektet ”Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov”

Intervjuguide ansatte

Innledning

- Kjennskap til pilotprosjektet
- Hva har din rolle i pilotprosjektet vært?

Erfaringer med samhandlingsmodellen

- Hva er erfaringene overordnet sett med samhandlingsmodellen?
- Hvordan erfarer dere dagens praksis (med ny modell) sammenliknet med hvordan samarbeidet foregikk tidligere?
- Hva anser du som hovedgevinster ved ny organisering/modell?

Roller, ansvar og informasjonsflyt

- Har arbeidsrutinene vært tydelig definerte og formidlet?
- Er ansattes roller og ansvaret for barnet/ungdommen tydelig definert?
- Er det noen utfordringer med denne organiseringen, for eksempel uklart ansvarsområde, uklare beslutningslinjer?
- I hvilken grad overholdes tidsfristen om avtale om fagmøte innen tre uker etter at barnet/ungdommen kommer til barnevernsinstitusjonen? Hvis ikke, hva er årsakene til det?
- Hvordan oppleves kommunikasjon og informasjonsflyten mellom de ulike aktørene?
- Opplever det problemer ift taushetsplikt? Hvis ikke, hvordan har dere valgt å håndtere dette?

Tilstrekkelighet og relevans av dokumentasjonsgrunnlaget for videre henvisning

- I hvor stor grad vurderes dokumentasjonsgrunnlaget (fagmøtet) for henvisning til BUP som tilstrekkelig og relevant?
- Hvordan vurderer ansatte i barnevern og psykisk helsevern fagmøtet kontra tradisjonell arbeidsform med tanke på dokumentasjonsgrunnlag for henvisning?

ASEBAs egnethet

- Hvordan oppleves ASEBAs egnethet i forhold til kartlegging av psykisk helse hos barn/ungdom i barnevernsinstitusjoner?
- I hvor stor grad benyttes multiinformantperspektiv (Teacher Report Form og Youth Self Report) i tillegg til Child Behavior Checklist i kartleggingen?

- Hvilke fordeler/ulempes har eventuelt bruk av multiinformantperspektiv?
- Hvordan oppleves ASEBAs egnethet som en del av dokumentasjonsgrunnlaget for henvisning?

Henvisning

- Hvilke saker henvises videre fra fagmøtet, og hvilke henlegges?
- Hva kjennetegner saker som henvises videre, og hva kjennetegner saker som henlegges?
- I hvilken grad er det enighet/uenighet blant deltakerne i fagmøtet om barnet/ungdommens behovet for videre hjelp?

Bruker/barneperspektiv

- Hvordan opplever ansatte at bruker/barneperspektivet blir ivare tatt i kartlegging av psykiske vansker og videre oppfølging av nylig innskrevne barn og unge?
- Finnes det noen spesielle rutiner eller tiltak for å sikre bruker/barneperspektivet – og medbestemmelse? Hva fungerer godt og mindre godt?
- Hvordan kan man på best mulig måte ivareta barne-/brukerperspektivet når det gjelder kartlegging av psykiske vansker, hjelpebehov og videre oppfølging?

Utfordringer og muligheter – videre anbefalinger

- Av de ovennevnte tema – hva har dere opplevd som mest utfordrende med pilotprosjektet (med tanke på å få til god samhandling)?
- Hvilke elementer ved pilotprosjektet er dere mest fornøyd med?
- For videre utvikling/implementering av modellen – hvilke anbefalinger vil dere trekke frem?