



Rapport

Helsehjelp til barn i barnevernet

Behov, barrierer og helsetjenestebruk

Forfattere:

Marian Ådhanes, Lena C. L. Westby, Silje L. Kaspersen,
Vibeke Krane, Mona Sommer, Jannike Kaasbøll,
Rebekka Bruteig, Thomas Halvorsen, Stian Thoresen,
Veronika Paulsen

Oppdragsgiver:

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet



SINTEF Digital
Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Rapport

Helsehjelp til barn i barnevernet

Behov, barrierer og helsetjenestebruk

EMNEORD

Barnevern
Helsehjelp
Helsetjenestebehov
Helsetjenestebruk
Barrierer
Psykisk helse og rus
Somatisk helse
Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
Rusbehandling (TSB)
Spesialisthelsetjenester
Kommunale tjenester
Tilgang til tjenester
Trygg og nyttig hjelp
Medvirkning
Helsekompetanse
Brukererfaringer

VERSJON

1

DATO

2024-03-01

FORFATTERE

Marian Ådnanes, Lena C. L. Westby, Silje L. Kaspersen, Vibeke Krane, Mona Sommer, Jannike Kaasbøll, Rebekka Bruteig, Thomas Halvorsen, Stian Thoresen, Veronika Paulsen

OPPDRAKSGIVER(E)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REFERANSE

Hedvig Torvik

PROSJEKTNUMMER

102023744

ANTALL SIDER

238

Hovedmålet med rapporten er å undersøke om barn og unge som enten er i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller som får tiltak i hjemmet, får den helsehjelpen de trenger. Dette undersøkes i tre delprosjekter.

I rapportens del 1 undersøker vi behov for, tilgang til, og erfaringer med helsehjelp - slik det oppleves av barn og unge samt foreldre og fosterforeldre. Datagrunnlaget er kvalitative intervjuer og en survey. I del 2 undersøkes barrierer for helsehjelp, og hva som bidrar til helsehjelp. Datagrunnlaget er en studie av saksmapper i fire kommuner og fire institusjoner, og intervjuer med saksbehandlere og ledere i barnevern, helseansvarlige i barnevernsinstitusjoner og fagpersoner i samarbeidende tjenester utenfor barnevern. Del 3 undersøker helsetjenestebruk hos barn i barnevern sammenlignet med barne- og ungdomsbefolkningen generelt ved hjelp av en kobling av data fra ulike registre. I del 4 gis en oppsummerende diskusjon av samtlige problemstillinger, og anbefalinger for veien videre.

UTARBEIDET AV

Marian Ådnanes

SIGNATUR
Marian Ådnanes
Marian Ådnanes (Mar 4, 2024 15:50 GMT+1)

KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth

SIGNATUR
Jorid Kalseth
jorid kalseth (Mar 4, 2024 15:48 GMT+1)

GODKJENT AV

Øystein Risa

SIGNATUR
Øystein Risa
Øystein Risa (Mar 4, 2024 15:47 GMT+1)

RAPPORT NR.

2024:00195

ISBN

ISBN 978-82-14-07239-6

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen



Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1	2024-03-01	

Illustrasjon forside: Shutterstock

Innholdsfortegnelse

Forord	10
Sammendrag	11
Målsettinger	11
Metoder	11
Resultater	12
Konklusjoner.....	16
1 Innledning og kunnskapsgrunnlag	17
1.1 Forskning på helse og helsehjelp for barn og unge under oppfølging av barnevern	17
1.1.1 Barn og unge med tiltak i barnevern	18
1.1.2 Forekomst av psykiske vansker og lidelser	18
1.1.3 Levekår, somatisk helse og rus	20
1.1.4 Helsetjenestebruk - og mangel på helsehjelp	21
1.2 Barrierer for helsehjelp	22
1.2.1 Barrierer i system og tjenester	23
1.2.2 Flyttinger.....	24
1.2.3 Marginalisering i barnevernet	24
1.2.4 Foreldres rolle og kontakt med tjenestene	25
1.2.5 Terskel for hjelpsøking hos barn og unge.....	26
1.2.6 Barn og unges medvirkning	26
1.3 Tiltak som kan gi bedre helsehjelp til barn i barnevern.....	27
1.3.1 Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus	27
1.3.2 Tverrfaglig helsekartlegging.....	27
1.3.3 Barnevern og psykisk helsehjelp i et integrert institusjonstilbud	27
1.3.4 Innføring av barnevernsansvarlig og helseansvarlig	28
1.3.5 FACT Ung	28
1.3.6 Ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge	29
1.3.7 Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.....	29
1.3.8 Samordningsmodeller.....	30
1.3.9 Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen.....	30
1.3.10 Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge	31
2 Metoder i forskningsprosjektet.....	32
2.1 Brukerperspektiv i prosjektet	32
2.2 Etikk og personvern i de ulike delstudiene	32

Del 1 Behov for og tilgang til helsehjelp slik barn, ungdom og foreldre opplever det 34

3	Barn og unge i barnevernet sitt behov for helsehjelp, og opplevelse av tilbudet.....	35
3.1	Metode.....	35
3.1.1	Rekruttering og utvalg	35
3.1.2	Gjennomføring av intervjuer	35
3.1.3	Analyse.....	36
3.2	Helseutfordringer og tjenester involvert hos utvalget av barn og unge	36
3.3	Tilgang til helsehjelp når den trengs	39
3.3.1	Barrierer for å be om hjelp	39
3.3.2	Høy terskel for hjelp i BUP - og behov for alternativ.....	40
3.3.3	Sårbare overganger kan bli barriere for videre hjelp	41
3.4	Hva er viktige tjenester?	42
3.4.1	Spesialisthelsetjenester	42
3.4.2	Kommunale helsetjenester og lavterskeltilbud.....	43
3.4.3	Barnevernet kan være viktig i helsehjelp til barn og unge	45
3.5	Trygg og nyttig hjelp.....	46
3.5.1	Trygge relasjoner er avgjørende.....	46
3.5.2	Omgivelsene har betydning for opplevelse av trygghet.....	47
3.5.3	Mangfoldig og fleksibel hjelp relatert til de unges hverdagsliv.....	48
3.5.4	Frivillig og rettet mot de unges behov.....	48
3.6	Medvirkning	50
3.6.1	Begrenset opplevelse av medvirkning.....	50
3.6.2	Medvirkning rundt det som betyr noe	51
3.6.3	Store møter vanskeliggjør medvirkning	51
3.6.4	Hvilke ønsker og anbefalinger har barn og unge for medvirkning	52
3.7	Oppsummering – barn og unges behov for helsehjelp og deres opplevelse helsehjelpen ...	54
3.7.1	Tilgang til helsehjelp når det trengs	54
3.7.2	Hva er viktige tjenester?.....	54
3.7.3	Trygg og nyttig hjelp	55
3.7.4	Medvirkning.....	55
4	Får barna tilstrekkelig helsehjelp slik foreldre og fosterforeldre opplever det?.....	57
4.1	Metode i foreldrestudien.....	57
4.1.1	Rekruttering og utvalg	57
4.1.2	Gjennomføring av foreldreintervju	57
4.1.3	Analyse av foreldreintervju	57
4.2	Behov for, og tilgang til helsehjelp, sett fra foreldres perspektiv.....	58
4.2.1	De fleste foreldre og fosterforeldre mener barnet har behov for psykisk helsehjelp, men ikke alle får hjelp	61
4.2.2	Det kan ta lang tid å få et behandlingstilbud.....	62
4.2.3	Ingen er uten et hjelpetilbud, men er det passende eller tilstrekkelig?	63

4.3	Hva er viktige tjenester? Erfaringer med enkelttjenester	64
4.3.1	BUP - tjenesten som er mest etterspurt, og som flest er kritisk til	64
4.3.2	Lite bruk av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	66
4.3.3	Helsesykepleier er hyppig brukt	67
4.3.4	Skolen - en viktig og praktisk arena	68
4.3.5	Barnevern kan ha en viktig rolle for helsehjelp	69
4.4	Trygg og nyttig hjelp	69
4.4.1	Problem med mangel på kontinuitet	70
4.4.2	Manglende tillit til systemet	70
4.4.3	Digitale utfordringer - manglende tilgang til Helsenorge.no	71
4.5	Oppsummering - får barna tilstrekkelig helsehjelp slik foreldre og fosterforeldre opplever det?	72
4.5.1	Foreldre etterlyser psykisk helsehjelp fra BUP, men er kritisk til hjelpen	72
4.5.2	Alternative tjenester til BUP?	72
4.5.3	Trygg og nyttig hjelp	73
5	Selvrapporterte erfaringer med barnevern og helsetjenester blant ungdom og unge voksne	74
5.1	Metode	74
5.1.1	Rekruttering og utvalg	74
5.1.2	Innhold i spørreskjemaet	74
5.1.3	Statistiske analyser	76
5.2	Resultater fra survey blant ungdom	76
5.2.1	Bakgrunnsinformasjon	76
5.2.2	Kontakt og erfaringer med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	79
5.2.3	Erfaringer med barnevernstjenesten	80
5.2.4	Kontakt med ulike hjelpetjenester	81
5.2.5	Udekket behov for hjelpetjenester	84
5.3	Metodiske betraktninger	84
5.4	Oppsummering – survey blant ungdom og unge voksne	84
	Del 2 Barrierer for helsehjelp og faktorer som bidrar til helsehjelp	86
6	Barrierer og muligheter for helsehjelp identifisert i mappestudie	87
6.1	Metode	87
6.1.1	Rekruttering og utvalg	87
6.1.2	Gjennomføring av mappegjennomgangen	88
6.1.3	Analyse	88
6.1.4	Begrensninger ved mappestudien	88
6.2	Utvalg A – hjelpetiltak	88
6.2.1	Beskrivelse av to helseforløp fra hjelpetiltaksmappene	89
6.2.2	Hvilke typer helsehjelp er involvert i hjelpetiltaksforløp i barnevernet?	91
6.2.3	Legemidler dokumentert i hjelpetiltaksmappene – reseptbelagte og reseptfrie ...	93



6.2.4	Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i hjelpetiltaksforløpet? ..	94
6.2.5	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i hjelpetiltaksforløpet?	94
6.3	Utvalg B – Omsorgstiltak.....	95
6.3.1	Beskrivelse av to helseforløp fra omsorgstiltaksmappene.....	95
6.3.2	Hvilke typer helsehjelp er involvert i omsorgstiltaksforløp i barnevernet?	98
6.3.3	Legemidler dokumentert i omsorgstiltaksmappene – reseptbelagte og reseptfrie	99
6.3.4	Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i omsorgstiltaksforløpet?	100
6.3.5	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i omsorgstiltakstiltaksforløpet?	101
6.4	Utvalg C – Forløp ved institusjonsplassering	101
6.4.1	Beskrivelse av to helseforløp i barnevernsinstitusjon	102
6.4.2	Hvilke typer helsehjelp er involvert i forløp ved institusjonsplassering?	104
6.4.3	Legemidler dokumentert i institusjonsplasseringsmappene – reseptbelagte og reseptfrie	106
6.4.4	Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i forløp ved institusjonsplassering?	107
6.4.5	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i plasseringstiltakstiltaksforløpet?	108
6.5	Hvilke hjelpeinstanser aktiveres i barnevernsmappene når det gjelder barnas helseforløp og hendelser relatert til helse?	108
6.6	Oppsummering av funn fra mappestudien.....	109
7	Barrierer for helsehjelp – perspektiver fra saksbehandlere i barnevernstjenesten og helseansvarlige i barnevernsinstitusjon.....	112
7.1	Metode.....	112
7.1.1	Rekruttering og utvalg	112
7.1.2	Gjennomføring av intervjuene	112
7.1.3	Analyse.....	113
7.2	Intervjuer med saksbehandlere og ledere i barnevernstjenestene.....	113
7.2.1	Barrierer på individnivå – foreldre og barna selv	113
7.2.2	Tjenestenivå – barrierer i samarbeidet i kommunen og mellom sektorer.....	114
7.2.3	Tjenester barnevernstjenester opplever konkrete barrierer opp imot	114
7.2.4	Muligheter og løsninger for å få tilgang til nødvendig helsehjelp.....	115
7.3	Intervjuer med helseansvarlige og ledere ved barnevernsinstitusjonene	116
7.3.1	Barrierer på individnivå – ungdommer som ikke vil eller får til å motta helsehjelp	117
7.3.2	Barrierer på tjenestenivå – forståelser og samarbeid mellom tjenester	118
7.3.3	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i forløp ved institusjonsplassering?	120
7.4	Oppsummering – intervjuer med saksbehandlere i barnevernstjenestene og helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene	122
7.4.1	Saksbehandlere i barnevernstjenestene	122

7.4.2	Helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene	122
8	Barrierer for helsehjelp – perspektiver fra fagpersoner utenfor barnevernet.....	124
8.1	Metode.....	124
8.1.1	Rekruttering og utvalg	124
8.1.2	Gjennomføring av intervjuene	124
8.1.3	Analyse.....	124
8.2	Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og unge i barnevernet?.....	124
8.2.1	Foreldre kan skape barrierer	124
8.2.2	Å få til samarbeid og klargjøre ansvar – i praksis og i lovverk.....	125
8.2.3	Lite tilbud for de som har alvorlige psykiske vansker.....	126
8.2.4	Tilgang på hjelp hos BUP	127
8.3	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og unge i barnevernet?	127
8.3.1	Kjenne til hverandres tilbud, stabilitet, og “Hva kan vi bidra med?”	127
8.3.2	Ønske om mer fleksibilitet og andre psykisk helse-tilbud.....	128
8.4	Oppsummering – perspektiver fra fagpersoner utenfor barnevernet	128
9	Ledelsesperspektivet på barrierer og muligheter for helsehjelp til barn og unge i barnevernet	130
9.1	Metode.....	130
9.1.1	Rekruttering og utvalg	130
9.1.2	Gjennomføring av intervjuene	130
9.1.3	Analyse.....	130
9.2	Ulike typer helsehjelp til barn og unge i barnevernet	131
9.3	Hvilke barrierer oppstår når det gjelder helsehjelp til barn og unge i barnevernet?.....	131
9.3.1	Individnivå - barrierer hos barna selv og hos foresatte.....	131
9.3.2	Tjenestenivå - en utfordring å få felles forståelse for hvilke behov barnet har	132
9.3.3	Tjenestenivå - utfordrende samarbeid på tvers av sektorer og tjenester	132
9.3.4	Tjenestenivå - utfordringer med å få hjelp til psykiske vansker/lidelser og trangt nåløye hos BUP	133
9.4	Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og unge i barnevernet?	135
9.5	Oppsummering – intervjuer med barnevernsledere og institusjonsledere	135
Del 3	Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020.....	138
10	Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020.....	139
10.1	Mål og problemstillinger	139
10.2	Datagrunnlag og metode	140
10.2.1	Prosedyre for registerdatakobling.....	141
10.2.2	Operasjonalisering av helseregisterdata	141
10.2.3	Operasjonalisering av barnevernsdata.....	147
10.2.4	Operasjonalisering av sosioøkonomi og demografiske data.....	148
10.2.5	Design og analyse	150



10.3	Beskrivelse av barnevernspopulasjonen og den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen	154
10.4	Beskrivelse av pasientpopulasjonene 2013-2020	157
10.5	Henvisning til psykisk helsevern	159
10.5.1	Henvisninger til PHBU	159
10.5.2	Henvisninger til PHV-V	165
10.6	Ventetider i spesialisthelsetjenesten	168
10.6.1	Deskriptiv statistikk	168
10.6.2	Sammenhengen mellom barnevernstiltak og ventetider	170
10.7	Bruk av spesialisthelsetjenester	172
10.7.1	Psykisk helsevern for barn og unge (2013-2020)	173
10.7.2	Psykisk helsevern for voksne 18-23 år (2013-2020)	185
10.7.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2013-2020)	187
10.7.4	Somatikk (2013-2020)	190
10.8	Tvang i spesialisthelsetjenesten	193
10.8.1	Type tvang i PHBU	195
10.8.2	Tvungen døgnoophold eller tvungen observasjon med døgnoophold i PHBU	197
10.8.3	Type tvang i PHV-V	198
10.8.4	Tvungen døgnoophold eller tvungen observasjon med døgnoophold i PHV-V	200
10.9	Bruk av fastlege, legevakt, tannlege og lab.-tjenester	202
10.10	Grunnstønad og hjelpestønad i barnevernspopulasjonen	203
10.11	Barnevernets rolle kodes i aktivitetsdata for PHBU	207
10.12	Oppsummering – helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern	208
10.12.1	Henvisning til psykisk helsevern	208
10.12.2	Ventetider i spesialisthelsetjenesten	209
10.12.3	Bruk av spesialisthelsetjenester	210
10.12.4	Tvang i spesialisthelsetjenesten	211
10.12.5	Bruk av fastlege, legevakt, tannlege og lab.-tjenester	211
10.12.6	Utviklingen i grunn- og hjelpestønad i barnevernspopulasjonen	212

Del 4 Diskusjon og anbefalinger.....214

11 Oppsummerende diskusjon og anbefalinger.....215

11.1	Behov for, tilgang til og erfaringer med helsehjelp slik barn, ungdom, foreldre og fosterforeldre i barnevernet opplever det	215
11.2	Barrierer for helsehjelp og faktorer som bidrar til helsehjelp	218
11.3	Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020	225
11.4	Oppsummering hovedfunn	226
11.5	Anbefalinger	228
11.5.1	Anbefalinger basert på brukerstudiene i del 1	228
11.5.2	Anbefalinger basert på mappe- og intervjustudien i barnevernstjeneste og samarbeidende tjenester	229



12 Litteratur.....231

Forord

Denne rapporten presenterer funn fra forskningsprosjektet *Helsehjelp til barn i barnevern*. Hovedmålet har vært å undersøke om barn og unge som enten er i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller som får tiltak i hjemmet av barnevernet, får nødvendig helsehjelp.

Vi vil takke sentrale fagpersoner i Bufdir som har vært involvert i prosjektet. Takk til våre kontaktpersoner Karoline Brobakke Seglem, Therese Kristine Dalsbø og Hedvig Torvik – og takk til Kjersti B. Gautvik. Takk for et godt og effektivt samarbeid gjennom hele prosjektperioden.

Prosjektgruppen har bestått av forskere fra SINTEF, NTNU Samfunnsforskning, Regionalt Kompetansesenter for barn og unge (RKBU) Midt-Norge ved Institutt for psykisk helse, NTNU, og Institutt for Helse, sosial og velferdsfag ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN).

Prosjektet har samarbeidet med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling – KBT, om kvalitativ datainnsamling – både rekruttering og intervjuing, og med Sentio Research Norge AS om tilrettelegging for elektronisk survey rettet mot ungdom og unge voksne i barnevern. Takk til KBT og Sentio for godt samarbeid. En særlig stor takk til faglig rådgiver i KBT, Juni Raak Høiseth, som har bistått i rekrutteringen til kvalitative intervjuer, og gjennomført mange av intervjuene.

Det er gjort kvalitative intervjuer med barn, unge, foreldre, fosterforeldre, og representanter for de ulike tjenestene i kommunalt barnevern, i barnevernsinstitusjoner, og i samarbeidende helsetjenester. Takk til alle som stilte opp til intervju, og særlig takk til alle barna, ungdommene, foreldre og fosterforeldre som delte sine historier og erfaringer med tjenesteapparatet.

Trondheim, 1. mars 2024

Marian Ådnanes

Prosjektleder/ Seniorforsker

Sammendrag

Målsettinger

Hovedmålet i forskningsprosjektet Helsehjelp til barn i barnevern har vært å undersøke om barn som er i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller har tiltak i hjemmet får den helsehjelpen de trenger. Prosjektet er organisert i tre deler som har undersøkt følgende hovedspørsmål:

1. Hvordan oppleves behovet for helsehjelp, og tilbudet om helsehjelp av barnet/ungdommen selv, og av foreldre og fosterforeldre?
2. Hvilke barrierer for nødvendig helsehjelp fins (på individnivå, tjenestenivå og systemnivå), og hvilke faktorer bidrar til helsehjelp?
3. Hvilke helsetjenester får barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og ungepopulasjon, hva karakteriserer helsetjenestebruken, og hvordan har utviklingen har vært i perioden 2013-2020?

Metoder

Del 1 (kap. 3-5) undersøker behov for helsehjelp, og erfaringer med tjenestetilbudet, slik det oppleves av barn og unge med tiltak i barnevernet, og av foreldre og fosterforeldre. Datagrunnlaget er kvalitative intervjuer med barn, ungdom og unge voksne fra 13-20 år (n=26), foreldre og fosterforeldre (n=14) samt en elektronisk survey blant ungdom og unge voksne i alderen 16-23 år (n=230).

Deltakerne i de kvalitative studiene ble rekruttert ved hjelp av informasjon lagt ut på sosiale media fra Norsk Fosterhjemsforening, Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling – KBT, via erfaringskonsulent (ungdom) tilknyttet prosjektet, og forskerne selv. Forskerne rekrutterte også via sine nettverk inn i tjenestene. Noen få ungdommer og foreldre ble rekruttert via kommunal barneverntjeneste. Deltakerne kom fra hele landet, og de fleste intervjuene ble gjort på Teams.

Invitasjon til survey ble sendt ut via alle kommunale barnevernstjenester og alle barnevernsinstitusjoner registrert hos Bufdir. Målgruppen var unge 16-23 år i kontakt med barnevernet. Det var ikke mulig å identifisere svarprosent ettersom vi kun fikk tilbakemelding fra enkelte barnevernstjenester og institusjoner med informasjon om hvor mange de hadde sendt ut invitasjon til. Data presenteres ved deskriptive analyser og lineære regresjonsanalyser. Forskjeller mellom ungdom på barnevernsinstitusjon, fosterhjem eller med andre tiltak undersøkes ved en-veis variansanalyse.

Del 2 (kap. 6-9) undersøker barrierer for helsehjelp, og faktorer som bidrar til helsehjelp. Datagrunnlaget er en kombinert mappe- og intervjustudie blant saksbehandlere i barnevern, og intervju med fagpersoner i sentrale samarbeidende tjenester. Datagrunnlaget i mappestudien er mapper fra kommunale barnevernstjenester (n=26), og mapper fra barnevernsinstitusjoner (n=15). Datagrunnlaget i intervjustudien er kvalitative intervjuer med saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste (n=10), helseansvarlige ved barnevernsinstitusjoner (n=6), ledere i barnevernstjenester og barnevernsinstitusjoner (n=9), og fagpersoner i samarbeidende tjenester (n=10).

Deltakerne i mappe- og intervjustudien i barnevernstjenester og barnevernsinstitusjoner ble rekruttert gjennomhenvendelser direkte til tjenestene og institusjonene. Fagpersoner i samarbeidende tjenester ble rekruttert gjennom barnevernstjenestene, via prosjektgruppas nettverk, og ved direkte kontakt til ulike tjenester som samarbeider med barnevernet om barn og unges helsetilbud.

Del 3 (kap. 10) undersøker helsetjenestebruk i perioden 2013-2020 blant barn og ungdom (0-23 år) i barnevernet, sammenlignet med barn og ungdom som ikke er i barnevernet. Datagrunnlaget er

registerdata på individnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Resultater

Del 1 Behov for og tilgang til helsehjelp slik barn, ungdom og foreldre opplever det

Barn og unge i barnevernet sitt behov for helsehjelp, og opplevelse av tilbudet (kap. 3)

De 26 unge i alderen 13-20 år som deltok i den kvalitative studien i del 1 bodde enten i fosterhjem, institusjon, eller var hjemmeboende hos foreldre med oppfølgingstiltak fra barnevernet. De eldste bodde enten for seg selv eller i kollektiv og var under ettervern. Når det gjelder helsesituasjon forteller de i hovedsak om et bredt spekter av psykiske vansker og diagnoser. Enkelte har, eller har hatt, rusproblemer. Svært få beskriver fysiske helseplager som krever helsehjelp.

Mange opplever at de ikke får god og nyttig psykisk helsehjelp når de trenger det. De beskriver en rekke barrierer for psykisk helsehjelp på individnivå og systemnivå, både vansker med å ta kontakt selv, praktiske barrierer knyttet til dårlig tilgjengelighet, og at det ofte tar lang tid før man får psykisk helsehjelp. Dette gjelder i all hovedsak hjelp fra BUP. Videre utgjør mangel på kontinuitet i behandlingen et stort problem, og forårsaker at en del barn og unge ikke får den helsehjelpen de trenger. Ulike brudd og overganger skjer av ulike årsaker, og vanskeliggjør det å etablere og opprettholde hjelp. På grunn av komplekse og sammensatte vansker og behov har enkelte også forholdt seg til ulike spesialiserte team.

De unge fremholder en trygg og god relasjon til behandler som det viktigste, og grunnleggende for å ønske å ta imot helsehjelpen. Dette innebærer å bli møtt og forstått av en hjelper som viser oppriktig interesse og som bryr seg og som de kan stole på at ikke bringer informasjon videre. Samtidig som de unge oppfatter at det er i BUP at de vil få best kvalifisert hjelp, er det mange med dårlige erfaringer med BUP, og som uttrykker at nyttig hjelp må være mer relatert til de unges kontekst og behov. Enkelte etterspør alternativ til BUP, enten fordi terskelen er så høy eller fordi de er kritiske til BUP. Lavterskeltilbud nevnes av noen, men generelt tyder undersøkelsen på at de unge har lite kunnskap om tilgjengelig psykisk helsehjelp i kommunen. En del trekker frem skolen som en god arena for helsehjelp, og helsesykepleier som en viktig støtte. Andre som engasjerer seg og er til stede fremheves, det kan være lærere, miljøarbeidere og rådgivere som ser ungdommen.

Ungdommenes egen medvirkning i behandling og utredning fremstår som lite utbredt. De unge ønsker å medvirke om forhold som har betydning for dem, og er opptatt av at behandling og samarbeid må tilrettelegges slik at det er mulig å medvirke.

Får barna tilstrekkelig helsehjelp slik foreldre og fosterforeldre opplever det? (kap. 4)

De 14 fosterforeldrene og foreldrene i utvalget beskriver i all hovedsak helseutfordringer i form av psykiske vansker og diagnoser hos barnet. Det er ingen av barna som ikke er i kontakt med en eller flere helsetjenester eller hjelpetiltak, men foreldre etterlyser først og fremst BUP. De har i utgangspunktet store forventninger til BUP, og setter sin lit til at BUP skal bidra til at barnet får det bedre med sin psykiske helse. Samtidig er BUP den tjenesten flest foreldrene er kritisk til.

Foreldrene beskriver stor frustrasjon der barnet ikke har fått et tilbud hos BUP, eller at det har tatt for lang tid, eller at BUP har avsluttet behandlingen tidligere enn forventet. Kritikken mot BUP i de tilfellene der barnet har fått behandling, har flere årsaker - at hjelpen oppleves som passiv, at den ikke bidrar med nyttige verktøy for barnet, at BUP er for opptatt av medisinerer, problemer med mange utskiftninger av behandler, og for dårlig samhandling med andre tjenester. I de positive historiene om BUP forteller foreldre om god tilgjengelighet for sitt barn, stabil behandler over tid, at det er god dialog mellom foreldre og behandler og god relasjon mellom behandler og barn.

Selv om barnet har kontakt med andre hjelpetjenester virker foreldre i liten grad opptatt av hva andre tjenester enn BUP kan bidra med når det gjelder psykisk helsehjelp. Enkelte foreldre uttrykker imidlertid at det er vanskelig å få innsikt i hvor omfattende barnets hjelpebehov er, og hva som er årsaker til vanskene, og dermed også om hjelpetilbudet de fikk var tilstrekkelig eller ikke. Av kommunale helsetilbud er det helsesykepleier som oftest nevnes av foreldrene at barnet bruker – enten for jevnlig samtaler over tid, eller for å stikke innom ved behov. Flere foreldre nevner at skolen har vært viktig, både som en arena for å fange opp at barnet sliter, at fagpersoner i skolemiljøet ser og ivaretar barnet og som arena for møter mellom involverte tjenester. Barnevernet spiller en viktig rolle når det gjelder å sørge for helsehjelp ved å henvise til BUP, gi veiledning til foreldre, men også som gode kontakter for barnet. I et par tilfeller forteller foreldre om stor uenighet med barnevern – herunder om hva som er riktig helsehjelp.

I likhet med barn og unge peker også foreldre god relasjon til tjenesten og behandler som det sentrale. Hovedproblemet som beskrives er at det ofte skjer brudd, blant annet på grunn av gjennomtrekk, permisjoner og flyttinger blant behandlere og viktige kontaktpersoner i tjenestene og på grunn av barnets flytting. Foreldre forteller om mange fagfolk å forholde seg til, at det kan ta tid og være vanskelig å få barnets fortrolighet. Enkelte peker også på at mangel på trygghet og tillit til tjenestene kan skyldes de opplevelsene som barn har i tilknytning til at barnevernet har overtatt omsorgen.

Selvrapporterte erfaringer med barnevern og helsetjenester blant ungdom og unge voksne (kap. 5)

Selvrapporterte data fra en spørreundersøkelse besvart av 230 unge og unge voksne (13-24 år) i kontakt med barnevernet ble benyttet for å undersøke deres erfaringer med ulike hjelpetjenester.

Resultatene indikerte at flertallet av deltakerne hadde konsultert fastlegen (79 prosent), mens 53 prosent hadde vært i kontakt med legevakten og 51 prosent hadde mottatt hjelp fra BUP. Hjelpetelefonen (11 prosent), lavterskeltilbud i kommunen (10 prosent) og rustjenester (4 prosent) ble sjeldnest nevnt som hjelpetilbud.

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene hjemmeboende (med familie)/ aleneboende/ i fosterhjem/ i barnevernsinstitusjon med tanke på kontakt med ulike hjelpetjenester, bortsett fra bruk av legevakt og Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) (oftest brukt av de i barnevernsinstitusjon) og Distriktpsikiatrisk senter (DPS) (hyppigst brukt av de som bor alene).

De fleste var relativt tilfredse med kontakten de hadde hatt med BUP. Imidlertid var over 40 prosent uenig eller svært uenig i at BUP hjalp dem, og rundt 40 prosent mente at behandleren på BUP hadde for lite tid. Generelt sett rapporterte flesteparten tilstrekkelig informasjon og hjelp fra barnevernet, samtidig som saksbehandlerne viste omsorg og forståelse. Men rundt 30 prosent mente at samarbeidet mellom barnevernet og andre tjenester var utilstrekkelig, og de hadde begrenset innflytelse på avtalte møtetidspunkter.

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt tilfredshet med barnevernet, spesielt med tanke på tidsbruk, deltakelse, opplevd hjelp og samarbeid med andre fagpersoner. De som bodde i fosterhjem var mest tilfredse, mens de som bodde i barnevernsinstitusjon var minst tilfredse.

Når det gjaldt udekkede behov for hjelpetjenester, var det en statistisk signifikant sammenheng med økende alder, symptomer på angst og depresjon, bedre helse og høyere behov for helsetjenester. Det var ingen signifikant sammenheng mellom psykisk helsekompetanse og sosial støtte og udekkede behov for hjelpetjenester.

Del 2 Barrierer for helsehjelp og faktorer som bidrar til helsehjelp

Barrierer og muligheter for helsehjelp identifisert i mappestudie (kap. 6)

I mappestudien har vi gjennomgått til sammen 41 barnevernsmapper som omhandler barn med hjelpetiltak i hjemmet, barn som er under offentlig omsorg og som er plassert utenfor hjemmet, og barn som er plassert i barnevernsinstitusjon, enten som hjelpetiltak eller som omsorgstiltak. Utvalget mapper representerer en gruppe barn og unge innenfor barnevernet som har et omfattende behov for helsehjelp, både somatisk og når det gjelder psykisk helse. Vi finner i mappene at barna ofte har flere, og til dels alvorlige psykiatriske diagnoser.

Mappene viser at svært mange hjelpeinstanser aktiveres når det gjelder barnas behov for helsehjelp. BUP, sykehus og fastlege er de instansene som er dokumentert aktivert i flest mapper. I de sakene der barn er plassert i institusjon, enten som hjelpetiltak eller som omsorgstiltak, er det de institusjonsansatte som i størst grad aktiveres når det gjelder behov knyttet til helseutfordringer hos barna som er plassert ved institusjonen. Inngangsterskelen til BUP er spesielt høy for gruppen barn og unge som er plassert i barnevernsinstitusjon, og det skjer en ansvarsskyvning fra psykisk helsevern til barnevernet når det gjelder barnas behov for psykisk og psykiatrisk helsehjelp.

BUP som tjeneste og organisasjon utgjør den største barrieren for helsehjelp til barn i barnevern. Dette handler både om kapasitetsproblemer og bemanning, men også om avslag på søknader begrunnet i at BUP vurderer barnas omsorgssituasjon som uavklart. BUPs arbeidsform utgjør også en barriere i det saker avsluttes dersom barnet ikke klarer å møte til oppsatte timer ved poliklinikk.

En annen barriere for helsehjelp til barn i barnevern er at barnet selv takker nei til helsetilbud. Barn og unge plassert i barnevernsinstitusjon er den gruppen som i størst grad takker nei til helsetilbud og helsehjelp. Det kan se ut til at barna i større grad takker ja til helsetilbud dersom barnet blir gitt kunnskap om egne helseutfordringer, helst fra helsepersonell barnet har en trygg relasjon til. Tilrettelegging ved at helsepersonell oppsøker barnet der det bor, for eksempel i barnevernsinstitusjonen, fremmer barnets motivasjon til å ta imot helsehjelp.

Helsenorge-appen skaper barrierer for helsehjelp til barn i barnevern fordi det kun er foresatte med foreldreansvar, og med samme bostedsadresse som barnet, som gis tilgang til barnets helseopplysninger. Fosterforeldre og institusjonsansatte som utøver daglig omsorg for barnet gis ikke tilgang, og dette fører til forsinkelser og manglende informasjon om barnets helsetilbud. Også foreldre med foreldreansvar som har barn plassert utenfor hjemmet opplever denne problematikken, noe som blant annet kan skape barrierer rundt for eksempel medisinnøppløsing under samvær og ferier.

Barrierer for helsehjelp – perspektiver/erfaringer fra saksbehandlere og helseansvarlige (kap. 7)

Saksbehandlere i barnevernstjenesten erfarer barrierer for psykisk helsehjelp på individnivå, særlig knyttet til barn og unges egen motivasjon for å motta hjelp. Barrierene handler om at barna ikke har innsikt og kunnskap om egen helse og behov når det gjelder helseutfordringer. I tillegg er det for mange av disse barna en utfordring å møte ved BUPs behandlertorer. Saksbehandlerne erfarer at barnets foreldre kan utgjøre barrierer for helsehjelp. Dette handler både om økonomi når familien ikke eier bil eller har ressurser til å betale bussbilletter, og manglende digital kompetanse som gjør det svært utfordrende for foreldrene når all kommunikasjon med helse- og spesialisthelsetjenesten skjer digitalt. Videre erfarer saksbehandlerne at det er et for dårlig tilbud innenfor rus og psykisk helse til barn og ungdom, og at BUP ofte avviser henvisninger for barn i barnevernet med begrunnelse i at omsorgssituasjonen er uavklart eller ustabil. Saksbehandlerne erfarer også en ansvarsskyvning mellom helsetjenestene og barnevernet.

De helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene erfarer at institusjonene jobber med mange ungdommer som har store psykiske utfordringer, og som institusjonene ikke har kompetanse til å tilrettelegge omsorgen for. De helseansvarlig erfarer at det er en høy terskel for å få hjelp til ungdommene, og at

tilbudet fra spesialisthelsetjenesten i liten grad tilrettelegges når det gjelder denne gruppens behov. Dagsform og egenmotivasjon, i tillegg til liten innsikt i egne helseutfordringer påvirker denne gruppas evne og mulighet til å ta imot helsehjelp og behandlingstilbud. Fastlegemangel for barn som plasseres i institusjon skaper barrierer for helsehjelp fordi barnet kan bli stående uten fastlege, og på venteliste i lange perioder.

Barrierer for helsehjelp – perspektiver/erfaringer fra fagpersoner utenfor barnevernet (kap. 8)

Fagpersonene utenfor barnevernet erfarer at det er for lav kompetanse i barnevernet både når det gjelder somatisk og psykisk helse. Dette kan medføre at helseproblemer blir oppdaget for sent. Barrierer for helsehjelp kan også være knyttet til foreldrene, for eksempel sosioøkonomisk status, oppfatninger og normer relatert til psykisk helse, og redsel for at helsetjenestene melder bekymring om barnet til barnevernet. Det er for få, og for lite tilpassede tjenester til barn med psykiske vansker og psykiske lidelser, og det mangler langvarige tilbud innenfor rus og psykisk helse. Fagpersonene erfarer en ansvarsskyvning mellom barnevern og helse, og ønsker et større fokus på hvilke muligheter som finnes i samarbeidet mellom tjenestene.

Ledelsesperspektivet på barrierer og muligheter for helsehjelp til barn og unge i barnevernet (kap. 9)

Lederne innenfor barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene erfarer at terskelen for å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten (BUP) er høy, at tilbudet er blitt dårligere samtidig som det er lite tilbud i kommunene til barn og ungdom når det gjelder psykisk helse og rus. Det oppstår et gap mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene, og ungdom som mottar hjelpetiltak, eller er plassert i fosterhjem eller i barnevernsinstitusjon faller mellom flere stoler. Lederne i barnevernsinstitusjonene forteller at institusjonene har ansvar for ungdom med store psykiske utfordringer som de ansatte opplever å ikke ha kompetanse til å tilrettelegge omsorgen for. I et presset tjenestetilbud erfarer lederne vi har intervjuet at ungdom plassert i barnevernsinstitusjon blir nedprioritert i vurderinger av innleggelse ved sengepost (BUP) og at barnevernsinstitusjonen blir et alternativ til innleggelse.

Lederne erfarer at samarbeidet med helse- og omsorgstjenestene er utfordrende, både på grunn av ulike språk og ulike faglige forståelser, men også fordi budsjettfokus og silotenking preger samarbeidet mellom sektorene. Lederne ønsker større fokus på de muligheter de ulike tjenestene faktisk har, og et større fokus på forebygging for å forhindre at foreldre som har barn med alvorlige psykiske vansker eller lidelser blir utslitt og ikke makter den daglige omsorgen for barnet.

Lederne påpeker at det er for lite fleksible helsetilbud til gruppen barn i barnevernet, og at det er for lite langsiktig fokus på disse barna til tross for at mange av dem vil ha behov for, og rett på helse- og omsorgstjenester resten av livet.

Del 3 Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020 (kap. 10)

Vi benytter en omfattende registerdatakobling til å undersøke helsetjenestebruk hos barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og unge-populasjon i perioden 2013-2020. Kapittel 10 presenterer flere viktige funn knyttet til helsetjenestebruk blant barn i kontakt med barnevernet sammenlignet med den generelle befolkningen. Når det gjelder henvisningsmønstre fant vi som forventet at fastlegen var den vanligste henvisende instansen til spesialisthelsetjenesten for både barn i barnevernet og andre barn og unge, men kontakt med barnevernet øker sannsynligheten for at barnet blir henvist fra andre instanser enn fastlegen. Barn i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem har spesielt høy sannsynlighet for å bli henvist fra andre tjenester enn fastlege. Dessuten har barn i barnevernet litt kortere ventetider enn den generelle populasjonen, spesielt innenfor psykisk helsevern. Videre fant vi at barn i barnevernet har flere polikliniske konsultasjoner enn den øvrige populasjonen. Barn i barnevernet har noe flere diagnoser enn sammenliknbare barn og unge i totalpopulasjonen, med varierende mønstre av diagnoser

avhengig av type barnevernstiltak og kjønn. Ifølge våre beregninger opplever barn i barnevernet færre tvangshendelser i psykisk helsevern, men det er økt risiko knyttet til visse barnevernstiltak, og jenter får i større grad enn gutter tvangsvedtak. Barn i barnevernet hadde generelt sett flere konsultasjoner hos fastlegen, legevakt, og laboratorietjenester sammenlignet med andre barn. Det er en høyere andel av barn i barnevern som mottar grunn- og hjelpestønad sammenlignet med den generelle befolkningen, noe som indikerer større helseutfordringer blant disse barna. Funnene peker mot komplekse helsebehov blant barn i barnevernet, som både kan være relatert til deres sosiale situasjon og helse. Videre forskning er nødvendig for å forstå de underliggende mekanismene, og optimalisere helsetjenestene og barnevernstjenestene for denne gruppen barn og unge.

Konklusjoner

Rapportens del 1 viser at behovet for helsehjelp i all hovedsak knyttes til psykisk helse, og at mange barn, unge, foreldre og fosterforeldre opplever at hjelpen er mangelfull. Ofte er flere hjelpetjenester involvert, men hjelpen kan oppleves fragmentert. Samtidig som BUP oppfattes som den viktigste tjenesten for psykisk helsehjelp, kritiserer foreldre, fosterforeldre og ungdom BUP for dårlig tilgjengelighet, lite fleksibilitet, for kort behandlingstid og for dårlig tilpasset behandlingstilbud. Funnene tyder på lave forventninger til kommunale tjenesters bidrag når det gjelder psykisk helsehjelp. I tråd med annen forskning knyttes god og nyttig psykisk helsehjelp til det å ha en stabil og trygg relasjon med en behandler som viser oppriktig interesse og tar den unge på alvor. De unge ønsker å involveres i beslutninger knyttet til utredning og behandling, men studien viser få eksempler på medvirkning i praksis på dette området.

Del 2 bekrefter og tydeliggjør at tilbudet om psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernet er begrenset sett i forhold til hvor store vansker mange har. Det handler om et for snevert og lite fleksibelt tilbud fra BUP, manglende kompetanse og kunnskap om psykisk helse i barnevernet, og om store utfordringer i samarbeidet mellom helsetjenestene og barnevernet. Den største barrieren for psykisk helsehjelp er et for dårlig tilpasset BUP. Videre at barnet selv takker nei til tilbud om helsehjelp. En annen og viktig barriere er manglende tilgang til informasjon om barnets helsetilbud digitalt for fosterforeldre og institusjonsansatte. Faktorer som bidrar til helsehjelp er barn og unges kunnskap om egne helseutfordringer – helst gitt av helsepersonell, veiledning fra BUP til institusjonspersonell, og tilrettelegging slik at tilbud om helsehjelp gis der barnet befinner seg, for eksempel i barnevernsinstitusjon.

Del 3 undersøker helsetjenestebruk blant barn i barnevernet fra 2013 til 2020 sammenlignet med den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen. Vi fant at kontakt med barnevernet øker sannsynligheten for henvisninger fra andre instanser enn fastlegen, noe som sannsynligvis handler om at barna i barnevernet er i kontakt med flere tjenester og at helsetjenestebehov fanges opp av disse. Barn i barnevernsinstitusjoner og i fosterhjem har særlig høy sannsynlighet for henvisninger fra andre enn fastlege. Barn i barnevernet har flere henvisninger til psykisk helsevern og noe kortere ventetider i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med øvrig populasjon, spesielt gjelder dette innenfor psykisk helsevern. De har også gjennomsnittlig flere polikliniske konsultasjoner og flere diagnoser, med ulike mønstre avhengig av barnevernstiltak, kjønn og innvanderstatus. Mens færre tvangshendelser registreres for barn i barnevernet sammenliknet med øvrig pasientpopulasjon, er risikoen høyere knyttet til visse barnevernstiltak, og spesielt for jenter.

1 Innledning og kunnskapsgrunnlag

Denne rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet *Helsehjelp til barn i barnevern*, der hovedmålet har vært å undersøke om barn og ungdom i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller som får tiltak i hjemmet, får nødvendig helsehjelp¹. Prosjektet har vært et samarbeid mellom forskere ved avdeling Helse i SINTEF, Universitetet i Sørøst-Norge, Regionalt kunnskapscenter for barn og unge i Midt-Norge og NTNU Samfunnsforskning. Prosjektet har også samarbeidet med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling - KBT og Sentio Research i forbindelse med datainnsamling. SINTEF har ledet prosjektet.

Rapporten er organisert i tre resultatdeler som undersøker følgende hovedspørsmål:

1. Hvordan oppleves behovet for helsehjelp, og tilbudet om helsehjelp av barnet/ungdommen selv, og av foreldre og fosterforeldre?
2. Hvilke barrierer for nødvendig helsehjelp fins (på individnivå, tjenestenivå og systemnivå), og hvilke faktorer bidrar til helsehjelp?
3. Hvilke helsetjenester får barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og ungepopulasjon, hva karakteriserer helsetjenestebruken, og hvordan har utviklingen har vært i perioden 2013-2020?

Del 1 undersøker om behovet for helsehjelp dekkes, slik barn og unge, fosterforeldre og foreldre i barnevernet opplever det. Dette basert på kvalitative intervjuer med barn, ungdom og foreldre - og en survey blant ungdom. Del 2 undersøker barrierer for helsehjelp, og hva som bidrar til helsehjelp gjennom studie av barn og unges forløp i hjelpeapparatet over tid, slik det kan leses ut av barnets mappe i barnevern kombinert med intervjuer med saksbehandlere og aktører i helsetjenestene. I del 3 undersøker vi helsehjelp barn i barnevern har fått i perioden 2013-2020 sammenlignet med barne- og ungdomsbefolkningen generelt. Datagrunnlaget er registerdata på individnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Innledningsvis gjennomgår rapporten a) forskning² på helseutfordringer og tilgang til helsehjelp blant barn og unge som enten er i barnevernsinstitusjon, fosterhjem eller som mottar andre hjelpetiltak i barnevern, og hva som kan utgjøre viktige barrierer for helsehjelp, b) ulike tiltak i myndighetenes helsesatsing for å bedre tilbudet. Deretter presenteres de tre resultatdelene. Del fire gir en oppsummerende diskusjon og anbefalinger som kan sette barnevernet og helsesektoren bedre i stand til å imøtekomme behov for helsehjelp hos barn og unge i barnevernet.

1.1 Forskning på helse og helsehjelp for barn og unge under oppfølging av barnevern

En rekke studier viser høyere forekomst av helseutfordringer blant barn og unge som er i kontakt med barnevern, men samtidig at de ikke får tilstrekkelig helsehjelp (Jozefiak et al., 2016; Kayed et al., 2015; M.

¹ Rett til nødvendig helsehjelp er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, mens tjenestenes plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Med "helsehjelp" forstås "handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål" (jf pasient- og brukerrettighetslovens kap 2. § 1-3-c). Begrepet dekker dermed det meste av det som foregår innenfor helsevesenet. Barn og unge har rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig psykisk helsehjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (jf § 2-1 a og b). Barnevernstjeneste har et ansvar for å sørge for at barn under barnevernets omsorg blir henvist og får nødvendig helsehjelp (jf barnevernloven §§ 4-16 og 4-18).

² Det refereres i hovedsak til forskning i en norsk tjenestekontekst. Det refereres til internasjonal forskning der det enten mangler forskning nasjonalt, for sammenligning eller der det dreier seg om en oppsummering av studier.

Larsen et al., 2018b; Lassemo et al., 2022; Lehmann et al., 2013). Dette til tross for at det er snakk om en sårbar gruppe der det fins et omfattende forskningsmessig grunnlag for sammenheng mellom vold, overgrep og omsorgssvikt og et bredt spekter av fysiske, psykiske og seksuelle helseplager (Carr et al., 2020; Hafstad, 2021).

Før vi presenterer denne forskningen følger noen begrepsavklaringer og statistikk over antall barn og unge i ulike tiltak i barnevernet.

1.1.1 Barn og unge med tiltak i barnevern

Begrepsavklaring

Barn og unge som har kontakt med barnevernet kan ha ulike typer tiltak. Barn som får innvilget vedtak om hjelpetiltak etter barnevernsloven kap. 3 fra den kommunale barnevernstjenesten, kan motta både hjelpetiltak i hjemmet og plassering i fosterhjem eller barnevernsinstitusjon som hjelpetiltak. I denne rapporten benytter vi begrepet *hjelpetiltak* om alle de ulike frivillige hjelpetiltakene i barnevernsloven kap. 3. Når det gjelder barn og unge som er under offentlig omsorg, etter vedtak i barneverns- og helsenemnda om omsorgsovertakelse etter barnevernslovens kap. 5, omtales disse sakene i rapporten som *omsorgstiltak*. Dette gjelder også saker der barnevernstjenestens leder har fattet akuttvedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernslovens kap. 4. I saker der barn er plassert i barnevernsinstitusjon eller fosterhjem på grunn av alvorlige atferdsproblemer, med eller uten samtykke etter barnevernslovens kap. 6, omtales disse sakene i rapporten som *atferdstiltak*.

I rapporten benytter vi begrepet *forløp* om kronologien i sakene vi har undersøkt. Forløpene som er undersøkt betegnes som *hjelpetiltaksforløp*, *omsorgstiltaksforløp*, og *atferdstiltaksforløp*. I del 2 av rapporten har vi gjennomført en mappestudie i kommunale barnevernstjenester knyttet til hjelpetiltaksforløp og omsorgstiltaksforløp. I tillegg har vi gjennomgått mapper ved ulike barnevernsinstitusjoner. Barna som mappene omhandler, har vært plassert ved institusjonene både som hjelpetiltak og omsorgstiltak. Vi har valgt å betegne disse forløpene som *forløp ved plassering i barnevernsinstitusjon*. Ved gjennomgang av mappene i prosjektets del 2 har vi registrert alle helseopplysninger vi har funnet dokumentert i mappene. Når vi omtaler kronologien knyttet til helseopplysningene vi har funnet i mappene, betegner vi denne kronologien i rapporten som *helseforløp*.

Antall barn og unge med tiltak i barnevern

Over tid har det vært en nedgang i antall barn og unge som bor i barnevernsinstitusjon, fra 1 400 barn og unge ved utgangen av 2008 til i underkant av 1 000 ved utgangen av 2022³. Hovedsakelig gjelder det ungdom over 13 år. Barn som er under 12 år, blir som regel plassert i fosterhjem. Antall barn i fosterhjem økte fra 1990-tallet til 2016, og siden 2017 har det vært en nedgang. Ved utgangen av 2022 bodde 8 464 barn og unge i alderen 0 til 17 år i fosterhjem⁴. I 2021 fikk 19 257 barn 0-17 år hjelpetiltak i hjemmet, mens 1 859 barn ble plassert utenfor hjemmet som et hjelpetiltak⁵. Når det gjelder ettervernstiltak har bruken av dette økt. Ved utgangen av 2022 mottok 5 647 unge mellom 18 og 24 år ett eller flere ettervernstiltak⁶.

1.1.2 Forekomst av psykiske vansker og lidelser

Flere studier viser at barn og unge i fosterfamilier i Norge har høyere forekomst av psykiske problemer og lidelser enn blant barne- og ungdomsbefolkningen ellers (M. Larsen et al., 2018a; Lehmann et al., 2013; Lehmann, Monette, et al., 2020). Lehmann m.fl. (2013) fant at halvparten av utvalget deres av 279 fosterbarn i alderen 6-12 år oppfylte kriteriene for én eller flere DSM-IV-diagnoser. De mest vanlige var

³ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/Barn-i-institusjon>

⁴ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/barn-i-fosterhjem>

⁵ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/Barn-med-hjelpetiltak>

⁶ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/unge-med-ettervernstiltak>

emosjonelle vansker (24 prosent), ADHD (19 prosent) og atferdsvansker (21,5 prosent), og 30,4 prosent hadde vansker i to av disse tre diagnosegruppene, og 13 prosent i alle tre grupper. I tillegg ble det diagnostisert reaktive tilknytningsvansker hos 19,4 prosent av barna, hvorav 58,5 prosent av utvalget på 279 fosterbarn hadde komorbide lidelser i hoveddiagnosegruppene. De fant at å ha vært utsatt for vold, alvorlig forsømmelse, og antall tidligere plasseringer økte risikoen for psykisk lidelse (Lehmann et al., 2013). I en seinere studie blant unge i fosterhjem fant Lehmann m.fl. (2020) at 52,9 prosent rapporterte PTSD-symptomer over klinisk cut-off.

Larsen m.fl. (2018), undersøkte psykisk helse og tjenestebruk siste to år gjennom elektronisk spørreskjema for ungdommer i fosterhjem i alderen 11-17 år (n=405), og deres omsorgspersoner. Studien viste at nesten halvparten av ungdommene hadde tegn på psykiske problemer, og at 57 prosent av de som hadde psykiske helseproblemer ikke hadde kontakt med psykisk helsevern.

I Kayed m.fl. sin studie viste man at forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge i barnevernsinstitusjon er enda høyere enn blant fosterbarn - at så mye som 76 prosent av ungdommene i utvalget fylte kriteriene for minst én psykiatrisk lidelse i løpet av de siste tre månedene ut fra diagnosesystemet DSM-IV (Jozefiak et al., 2016; Kayed et al., 2015). Til sammenligning oppgir Folkehelseinstituttet at åtte prosent av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar psykisk lidelse, og at 15-20 prosent har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker (Mathiesen, 2009). Kayed m.fl. sin studie viste at de mest utbredte diagnosene hos ungdommene var depressiv lidelse (37 prosent), angstlidelse (34 prosent), ADHD (32 prosent), Aspergers syndrom (23 prosent), reaktiv tilknytningsforstyrrelse (21 prosent) og alvorlig atferdsforstyrrelse (19 prosent). En stor andel fylte kriteriene for mer enn en diagnose. Det var liten forskjell mellom statlige, private ideelle og private kommersielle barnevernsinstitusjoner når det gjelder psykisk helse hos ungdommene og i organisering av institusjonshverdagen (ibid.).

Når det gjelder psykisk helse blant barn og unge med hjelpetiltak i hjemmet, som er det store flertallet av barn i barnevern, viser en studie av Iversen m.fl. (2007) vesentlig høyere skår på en rekke psykiske problemer og vansker sammenlignet med jevnaldrende uten kontakt med barnevernet (emosjonelle problemer, hyperaktivitet, atferdsproblemer og andre problemer). Datagrunnlaget er en befolkningsbasert studie i Bergen i 2006 blant barn i 5. til 7. klasse (n=4162). En studie av Nilsen m.fl. (2021), basert på data fra en survey i Hordaland blant ungdom i alderen 16-19 år (n=10257), sammenligner psykiske problemer og helsetjenestebruk blant ungdom med hjelpetiltak i hjemmet med ungdom i fosterhjem og i befolkningen generelt. Studien viser at ungdom med tiltak i hjemmet skåret høyere på ADHD og depresjon, og på internaliserende og eksternaliserende problemer, sammenlignet med jevnaldrende i fosterhjem, og at de også rapporterte større bruk av helsetjenester. Uønskede livshendelser utgjorde en betydelig del av forskjellene mellom gruppene (Nilsen et al., 2021).

Resultatene når det gjelder psykisk helse hos barn i barnevernet i Norge er i tråd med internasjonale studier (Munson et al., 2020). En systematisk gjennomgang og metaanalyse av åtte internasjonale studier, inkludert den norske studien om forekomst hos barn i fosterhjem (Lehmann et al., 2013), viser at nesten halvparten, 49 prosent av 3104 barn og unge i barnevernet, møtte kriteriene for en psykisk lidelse (Bronsard et al., 2016).

En rekke publikasjoner fra norske studier viser også at ungdom i barnevernsinstitusjon opplever lavere livskvalitet og sosial støtte sammenlignet med den generelle befolkningen, og sammenlignet med unge som mottar psykisk helsehjelp (Greger et al., 2016; Jozefiak et al., 2017; Kayed et al., 2015; Singstad et al., 2021; Singstad et al., 2020). Spesielt gjelder dette emosjonell livskvalitet og antall personer man kan få sosial støtte fra. Forskingen viser også sammenheng mellom opplevd mishandling og selvrapportert livskvalitet. I en undersøkelse av livskvalitet blant ungdommer i fosterhjem konkluderte Larsen et al. (2021) at disse ungdommene, i likhet med andre risikogrupper, hadde lavere livskvalitet sammenlignet med et utvalg av svenske ungdommer (i befolkningen generelt). De fant høyere livskvalitet blant gutter og yngre ungdommer sammenlignet med jenter og eldre ungdom.

1.1.3 Levekår, somatisk helse og rus

Foreldrene til barn i kontakt med barnevernet har i snitt noe lavere utdanningsnivå, lavere inntektsnivå og høyere sosialhjelpsbruk enn foreldrene til barn generelt, og andelen med minoritetsbakgrunn er høyere i barnevernspopulasjonen enn barnebefolkningen for øvrig (Kristofersen, 2017). Tiltak i barnevern er mye vanligere overfor barn i familier med lav sosioøkonomisk status (over fire ganger så høy sannsynlighet) som for barn i familier med mellom- og høy sosioøkonomisk status (Kojan & Storhaug, 2021). Drange et al. (2021) finner at foreldrene til barn med akuttvedtak om omsorgsovertakelse synes å ha noe flere levekårsutfordringer (for eksempel lav utdanning, lav yrkesinntekt, oftere kontakt med fastlege, osv.) enn foreldrene til barn med øvrige tiltak av barnevernet.

Ekspertgruppen om barn i fattige familier som leverte sin rapport høsten 2023, viser til at det er større risiko for å motta tiltak fra barnevernet blant husholdninger under lavinntektsgrensen. Ifølge tall fra SSB fra 2021 var 10 prosent av lavinntektshusholdningene mottakere av barnevernstiltak for ett eller flere barn. For de andre barnefamiliene var det i snitt 4 prosent som var mottakere av barnevernstiltak (Barne- og familiedepartementet, 2023).

Internasjonalt finnes det lite registerbasert forskning på barnevern grunnet mangel på data. Det er imidlertid gjort en rekke studier med bruk av data fra ulike registre i Norge med kohorter av unge voksne som har barnevernserfaring i sin oppvekst, som viser at det er en rekke vesentlige forskjeller mellom denne gruppen og voksne uten barnevernserfaring. Flere studier viser at en vesentlig høyere andel av voksne med erfaring fra barnevernet i oppveksten har uførepensjon og grunn- og/eller hjelpestønad enn andre voksne (Backe-Hansen et al., 2014; Kristofersen, 2005; Zewdu, 2011). En nyere studie av registerdata fra perioden 1994-2014 viser at barn og unge som har vært i barnevernet har dårligere utfall i voksenlivet når det gjelder utdanning, tilknytning til arbeid og mottak av offentlige ytelser (sosialhjelp og helserelaterte ytelser) (Paulsen et al. 2022). En lignende registerstudie fra perioden 1994-2018 viser at personer med barnevernshistorie har svakere fullføring av videregående opplæring, er oftere uføretrygdet, har lavere yrkesinntekt og er oftere siktet for kriminalitet enn unge som ikke har hatt barnevernstiltak (Drange et al., 2021, 2022).

Enkelte av registerstudiene ser også på dødelighet. Backe-Hansen m.fl. (2014) viser at unge voksne med barnevernserfaring har høyere dødelighet og forekomst av en del somatiske dødsårsaker (for eksempel kreft, sykdommer i nervesystemet og i sirkulasjonsorganene), og såkalte «voldsomme dødsårsaker» som inkluderer selvmord sammenliknet med andre unge voksne i tilsvarende aldersgrupper (Backe-Hansen et al., 2014). Også Drange et al. (2022) fant økt dødelighet hos barn og unge med barnevernstiltak, sammenliknet med de uten slike tiltak. Få dør som barn, men dødeligheten steg utover ungdomsårene. Majoriteten døde i 20-årene - etter at de var ute av barnevernet. For de fleste av disse var det "barnets rusmisbruk" som var vedtaksgrunlaget fra den tiden de hadde barnevernstiltak, etterfulgt av "barnets funksjonshemmet" og "barnets atferd" (Drange et al., 2022).

En studie viser at barn med barnevernstiltak i alderen 16-19 år hadde betydelig større risiko for å ha rusrelaterte problemer, sammenliknet med andre ungdommer (Heradstveit et al., 2020). Videre at de som bodde i fosterhjem hadde mindre risiko for rusrelaterte problemer, sammenliknet med de som fikk barnevernstiltak mens de bodde hjemme med egne foreldre (Heradstveit et al., 2020). Det finnes liknende funn i den internasjonale litteraturen (Braciszewski & Stout, 2012; Edalati & Conrod, 2017; Keller et al., 2010).

I Hafstad sin kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekter, refereres det til åtte meta-analyser og fem systematiske oversikter som konkluderer at seksuelle overgrep i barndommen var relatert til seksuell risikoatferd i ungdomsalder eller voksen alder (Hafstad, 2021). Når det gjelder tannhelse er det lite forskning nasjonalt, men en svært omfattende internasjonal kunnskapsoppsummering viser sammenheng mellom omsorgssvikt og dårlig tannhelse, mangel på tiltak på området, og et sterkt udekket behov for tannhelsehjelp (Bradbury-Jones et al., 2021).

1.1.4 Helsetjenestebruk - og mangel på helsehjelp

Kayed m.fl. (2015) sin rapport om barn i barnevernsinstitusjon viste at en av tre unge med en psykisk lidelse (som utgjorde 76 prosent av utvalget, jmfør kap. 1.1.2) mottok psykisk helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, BUP, innafor de tre siste måneder. Forskerne anslår at dette er mye lavere enn forventet med en så høy sykdomsforekomst. Studien viste også at kun 18 prosent av barnevernsinstitusjonene hadde faste rutiner for besøk av helsepersonell i institusjonene, og at dette primært skjer ved psykiske problemer (72 prosent) eller somatiske problemer (21 prosent) (Kayed et al., 2015).

Sentio sin kartlegging (for Bufdir) av helsetilbudet til barn og unge på barnevernsinstitusjoner, blant avdelingsledere ved institusjonen (n=194, svarprosent 61), viste at over halvparten opplever at barna i liten grad får dekket behovet for døgnbasert utredning og behandling i psykisk helsevern, og at de i liten grad får innleggelse ved behov (Sentio, 2022). Kartleggingen viste også at mens 40 prosent benyttet BUP i stor eller svært stor grad, 47 prosent i varierende grad mens 11 prosent i liten eller svært liten grad benytter seg av tilbudet hos BUP. Så mye som 65 prosent svarte at de enten i varierende grad, liten eller svært liten grad opplever fleksibilitet i behandlingstilbudet hos BUP (ibid.).

Drange m.fl. (2021) gjorde analyser av data fra registre som viste at barn med fosterhjemstiltak hadde om lag samme antall besøk hos fastlege og i BUP som barn med andre tiltak i barnevernet. Når de så nærmere på barna som hadde kontakt med helsetjenester, for eksempel BUP, tydet det på at barn med akuttvedtak oftere hadde helseproblemer enn andre barn i kontakt med barnevernet. Andelen som hadde hatt minst ett besøk hos BUP i løpet av ett år var rundt 60 prosent. Unge som bodde på institusjon eller i botiltak, hadde langt flere besøk hos fastlege enn unge med andre tiltak, noe man også tolket i retning av at ungdommen på institusjon eller botiltak har behov for mer helsehjelp enn andre (Drange et al., 2021).

Larsen m.fl. (2018) sin undersøkelse av psykisk helse og tjenestebruk siste to år blant ungdommer i fosterhjem, viser at 57 prosent av de med psykiske helseproblemer (som utgjorde 51 prosent av utvalget) ikke hadde kontakt med psykisk helsevern. Både Larsen m.fl. (2018a) og Sarfi m.fl. (2022) viser likevel indikasjoner på at tilgang til tjenester er basert på behov – at det er de med mest symptomer og problemer som forbruker mest tjenester. Det samme viser Nilsen m.fl. (2021) som finner at ungdom i hjemmebaserte tiltak har vesentlig høyere symptomskåre på en rekke psykisk helsemål sammenlignet med ungdom i fosterhjem, og også høyest helsetjenestebruk.

I Larsen m.fl. (2020) sin undersøkelse av fosterforeldres erfaringer med psykisk helsetjeneste og barnevernstjenesten for barn i alderen 11 til 18 år (n=290) er konklusjonen at tjenestene må gjøre en innsats når det gjelder informasjonsdeling og samarbeid mellom tjenestene, i tillegg til å få ned ventetid på helsehjelp. Larsen m.fl. (2018) foreslår også kartleggingsprosedyrer i primærhelsetjenesten for å identifisere behov for mer spesialiserte tjenester. Kartlegging/screening ved bruk av validerte måleinstrument kan bidra til å redusere gapet mellom de som trenger helsetjenester blant barn i barnevern og de som tilbyr dem (Kaasbøll, Ådnanes, et al., 2022; Petrenko et al., 2011). I evaluering av tverretattlig samarbeidsmodell mellom barnevernsinstitusjoner og tjenester til barn og unge, inkludert BUP, var konklusjonen at modellen fremmet oppmerksomhet om psykisk helse og mer samarbeid på tvers for å følge opp psykisk helse hos barnet (Kaasbøll, Ådnanes, et al., 2022).

I evalueringen av CARE-modellen (Myrvold et al., 2020), som var utprøving av en modell for tverrfaglig kartlegging av barn og unge som barnevernet har flyttet ut av hjemmet, kommer det fram at mange av barnevernsarbeiderne rapporterte at det ble avdekket helseproblematikk og helsetjenestebehov som man ikke hadde vært oppmerksom på. Av barna som ble kartlagt hadde 59 prosent som ble kartlagt somatiske helseplager - det ble avdekket et mangfold av fysiske problemer og lidelser samt dårlig tannhelse, og mange fylte kriteriene for en eller flere diagnoser (Myrvold et al., 2020). Det ble identifisert psykiske helseproblemer hos halvparten av de yngre barna, og hos 70 prosent av de eldre barna, og behov for en rekke tjenester hos 39 prosent av barna i alderen 0-6 år og hos 71 prosent av barna 7-17 år (Haune et al.,

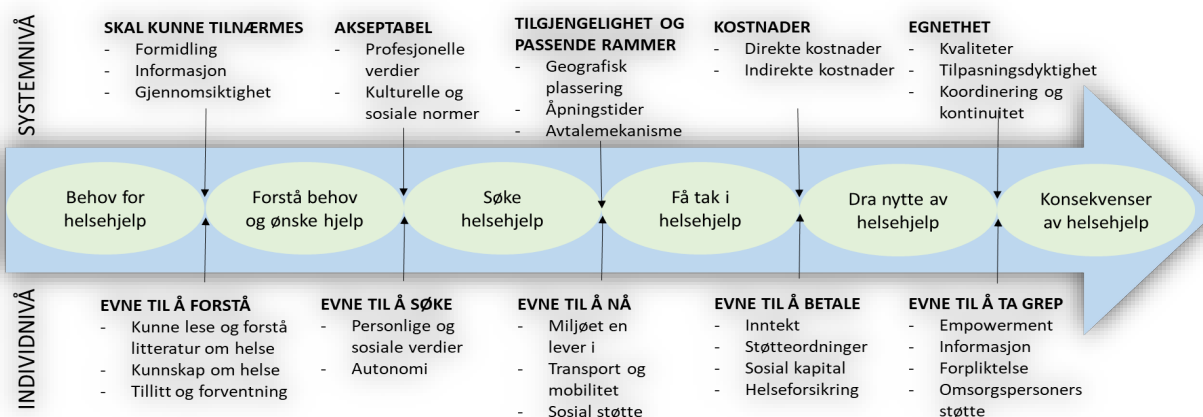
2023). Kun 8 prosent av barna hadde ikke noe behov for helsehjelp. Anbefalinger for videre oppfølging for mange dreide seg om kommunale helsetjenester; fastlege, helsestasjon/ skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skole og barnehage, men også om nærmere utredning eller behandling i BUP (Myrvold et al., 2020).

Det er gjort undersøkelser av behandling ved legemidler blant barn og unge plassert på barnevernsinstitusjon i kortere eller lengre periode i 2016 (n=2548) koblet til data om legemiddelbruk fra Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret) (Bramness et al., 2018; Oerbeck et al., 2020; Oerbeck et al., 2021). Undersøkelsene viser høyere legemiddelbruk blant unge i barnevernsinstitusjon sammenlignet med andre ungdommer (Bramness et al., 2018; Oerbeck et al., 2020; Oerbeck et al., 2021). I den ene studien kommer det fram at omtrent én av fire unge i barnevernsinstitusjon brukte antidepressiva, antipsykotika og/eller sentralstimulerende midler (Oerbeck et al., 2021). I studien forklares dette med den høye forekomsten av psykiske lidelser som er rapportert blant barn i barnevernsinstitusjon, og at det ikke nødvendigvis vil være snakk om overbehandling med medisiner. Studien peker likevel på at medisinbruken kan tyde på at ungdommene i barnevernsinstitusjon ikke får tilstrekkelig psykologisk behandling i form av samtaleterapi.

Oerbeck m.fl. (2020) fant også at nesten én av fem ungdommer i barnevernsinstitusjon (17 prosent) brukte sovemedisiner, betydelig flere enn i den generelle befolkningen (2,3 prosent), noe de mente kunne skyldes psykososial belastning og psykiske vansker hos ungdommer i institusjon, og dermed at forskerne mente det også her var usikkert om det var snakk om overbehandling med medisiner. Bramness m.fl. (2018) viser også at legemidler til barn og unge i barnevernsinstitusjon oftere ble foreskrevet til jenter, eldre ungdommer, og til de som hadde atferdsforstyrrelse eller rusproblematikk som grunnlag for plassering i institusjon og/eller var plassert hos en privat kommersiell institusjon, og oftere i region sør enn de andre regionene (Bramness et al., 2018). De fant derimot mindre legemiddelbruk når det gjaldt hudsykdommer, infeksjoner (bl.a. antibiotika) og legemidler mot sykdommer som astma og andre pusteproblemer hos barn og unge i institusjon enn hos andre barn og unge, noe de mente tyder på at barn og unge i barnevernsinstitusjoner får mindre oppmerksomhet omkring somatisk sykdom og at det her var snakk om underbehandling av somatisk sykdom. Denne skjevheten var større for de minste barna. Bramness m.fl. fant noe, men ikke høyt forbruk av vanedannende legemidler, og ingen bruk av sterke smertestillende opioider. De fant et høyere bruk av legemidler hos barn og unge med rusmiddelproblemer som plasseringsgrunn, men kunne man ikke peke på enkeltlegemidler som ble brukt grunnet for små grupper (Bramness et al., 2018).

1.2 Barrierer for helsehjelp

Generelt vil en rekke faktorer på system-/tjenestenivå og individnivå kunne spille inn og hindre at barn og unge med behov for helsehjelp mottar hjelp. På systemnivå kan det dreie det seg om formelle og strukturelle barrierer på tvers av lovverk, departementer og direktorater. Det kan være regionale forskjeller som kan gi ulik tilgjengelighet til kompetanse, og ulik kommuneøkonomi kan gi ulikhet i prioriteringer. Det dreier seg om fattigdom og marginalisering blant familier med lav sosioøkonomisk status. På tjenestenivå kan det dreie seg om organisering og mangelfull samhandling på tvers av sektorer, kompetanse, tverrfaglighet, og det kan dreie seg om kultur, holdninger og tradisjoner. På individnivå kan det for eksempel dreie seg om lite kunnskap hos foreldre eller barn og unges vegring for kontakt med hjelpeapparatet. Modellen under illustrerer eksempler på viktige faktorer når det gjelder tilgang til helsehjelp.



Figur 1-1 Modell for tilgang til helsehjelp. Oversatt til norsk og relatert til norske forhold. Basert på Levesque m.fl. (2013)

1.2.1 Barrierer i system og tjenester

Det er barrierer for psykisk helsehjelp for barn og unge i psykisk helsevern som system. Barneombudet beskriver at det både dreier seg om veien inn i BUP, det som skjer mens barnet er i behandling - og veien ut av behandling (Barneombudet, 2020b). Barneombudet påpeker at ikke er godt nok tilpasset særskilte og individuelle behov, for eksempel tilrettelegging for mer fleksibel hjelp der barnet/ungdommen er. Det pekes på barrierer i systemet som finansieringsmodell i spesialisthelsetjenesten og uklare ansvarsforhold mellom BUP og kommunehelsetjenesten.

For lite fleksibilitet

Behovet for fleksibilitet for å ivareta barns behov, gi hjelp på barn og unges premisser vektlegges også i egen rapport om psykisk helsehjelp i kommunen (Barneombudet, 2022). Det fins en rekke ambulante tilbud i psykisk helsevern for barn og unge der hovedmålet er å bedre tilgjengeligheten, øke fleksibiliteten i tilbudene og sikre at pasienter får riktig tilbud på riktig nivå til riktig tid – og at behandlingen finner sted i pasientens eget miljø (Prop. 73 L (2016-2017)). En undersøkelse av ambulant psykisk helsehjelp slik det erfarer fra barnevern sin side viser imidlertid at de fleste institusjonene rapporterte at de har behov for mer ambulant psykisk helsehjelp enn de får i dag (Ådnes et al., 2023). I en kartlegging av status i barnevernsinstitusjonene svarer 35 prosent av avdelingsledere at de opplever i *liten* grad at BUP jobber ambulerende (Sentio, 2022) (se også kap. 1.3.6).

Det er etablert flere typer av tverrfaglige team blant annet for å imøtekomme behovet for fleksibilitet og individuell tilpassing overfor barn og unge med sammensatte utfordringer. Stillasbyggerne er et eksempel på et team som retter seg direkte mot barn og unge i barnevern, med mål om å møte ungdommen der de er (Mellblom et al., 2021). FACT Ung er et annet eksempel på relativt nyetablert team som er et alternativ til ordinær behandling og oppfølging, for mer fleksibel helsehjelp på ungdoms premisser, og som eksempelvis nevnes som et alternativ til BUP (NOU:24, 2023) (Nord-Baade et al., 2022; Ådnes et al., 2023) (se også kap. 1.3.5).

For dårlig samhandling

En rekke rapporter viser alvorlige konsekvenser av manglende samordning og samarbeid mellom tjenester for barn, unge og familier (Hansen et al., 2020; Helsetilsynet, 2019; NOU:12, 2017; Riksrevisjonen, 2021), sist i Helsetilsynets gjennomgang av åtte saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet (Helsetilsynet, 2023). Basert på disse barnas historier konkluderer rapporten at samarbeid og samordning er den viktigste utfordringen Helsetilsynet ser for å sikre barns rettigheter, og at det fortsatt er

arbeid i siloer som preger bildet, slik at samlet tilbud ikke blir slik barnet har behov for (Helsetilsynet, 2023).

Barnevernet jobber med sammensatte spørsmål i mange saker der barnevernsarbeideren er avhengig av å innhente informasjon fra flere tjenester og ha et godt tverretattlig samarbeid (Fauske et al., 2016). I hvilken grad de ulike instansene og aktørene greier å koordinere sin virksomhet kan være avgjørende for om barnet og familien får den hjelpen de har behov for. Forskning som omhandler samhandlingen mellom barnevern, psykisk helsevern og kommunale helse- og velferdstjenester viser at dette feltet er utfordrende (Andersson et al., 2005; Fossum et al., 2015). Når det gjelder årsaker pekes det på utfordringer på systemnivå knyttet til administrative og økonomiske forhold og ulike lovverk (Fossum et al., 2015). Det pekes ofte på taushetsplikt som barriere, men fagpersoner i ulike tjenester oppfatter ikke taushetspliktreglene som hinder for samarbeid i praksis (Stang et al., 2013). En oversikt over nasjonal kunnskap publisert etter 2010 peker på rekke hindre for samhandling, som økonomi og ledelse, kunnskap om ansvarsområder og funksjoner, interne rutiner og grad av koordinering, og ulikt regelverk (Krane et al., 2017). Forskning internasjonalt viser at barrierene for samarbeid og koordinering mellom sektorene barnevern og psykisk helse er relativt like på tvers av land vi kan sammenligne oss med (Timonen-Kallio, 2019).

Turnover og personellmangel

Over halvparten av ansatte i barnevernstjenestene og 43 prosent av ansatt i barnevernsinstitusjon opplever at det er svært høy turnover, og nesten like stor andel opplever det som et problem (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2022b). Poliklinikkene i psykisk helsevern har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer, og en mangel på ansatte som påvirker aktivitet, ventetider og kostnader (Riksrevisjonen, 2021). Med gjentatte utskiftninger av personell vil barn og unge måtte forholde seg til stadig nye kontaktpersoner og behandlere, noe som virker inn på kontinuiteten i tilbudet. Barneombudet påpeker at: «Så lenge vi har barnevernstjenester med for få saksbehandlere, ansatte på institusjon som ikke har fått god nok opplæring, og mangel på samarbeid mellom viktige tjenester som barnevern, skole og helsevesen, blir det vanskelig å gi god nok hjelp.» (Barneombudet, 2020a).

1.2.2 Flyttinger

Flyttinger pekes på som en stor utfordring som forårsaker brudd i helsehjelp (Helsetilsynet, 2023; NOU:24, 2023). Helsetilsynets gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet finner at barnas flytting var den viktigste årsaken til mangler ved utredning, diagnostisering og etablering av behandlingsrelasjon (Helsetilsynet, 2023).

En studie undersøkte risikofaktorer, forklaringer og erfaringer knyttet til flytting basert på registerdata og dybdeintervjuer med ungdommer i langtidsinstitusjon og fosterhjem (Angel & Blekesaune, 2014). Studien viser at gutter og jenter har omtrent samme risiko for å bli flyttet, uavhengig av tiltak. Videre at barn i barnevernsinstitusjon flytter oftere enn barn i fosterhjem, og barn i statlige institusjoner oftere enn barn plassert i private institusjoner. Når det gjelder fosterhjem viser studien at 23 prosent av de som plasseres i ordinære fosterhjem ender i flytting, mens relativt få (8 prosent) i slektsfosterhjem ender i flytting. Drange m.fl. (2021) sin studie tyder imidlertid på litt større stabilitet i ordinære fosterhjem. Tall fra SSB viser at 17 prosent av de aller minste barna (0-5 år), som bodde i fosterhjem utenom familie og nære nettverk i 2020, hadde flyttet tre eller fire ganger etter første plasser utenfor hjemmet (Beyrer & Dyrhaug, 2021a). Det vil komme ny forskning på dette feltet i løpet av våren 2023, fra et stort forskningsprosjekt «Flytting i regi av barnevernet» som gjennomføres av Universitetet i Sørøst-Norge på oppdrag av Bufdir.

1.2.3 Marginalisering i barnevernet

Flere studier viser at familier med lav sosioøkonomisk status er sterkt overrepresenterte i barnevernet (Barne- og familiedepartementet, 2023; Drange et al., 2021, 2022; Kojan & Storhaug, 2021). Dette gjelder for levekårsindikatorer som andel aleneforsørgere, antall barn i husholdningen, trangboddhet, eierforhold,

mottak av sosialhjelp og husholdningsinntekt (Halvorsen & Anthun, 2021). Familier med innvandringsbakgrunn fra Sør-Amerika, Afrika og Asia er overrepresentert, og en betydelig andel av tiltakene kan knyttes til sosioøkonomiske forhold (Halvorsen & Anthun, 2021). Forskningen viser også at det er familiene med dårligst levekår som i størst grad opplever kontakten med barnevernet som negativ (ibid.).

Drange m.fl. (2021) fant at gutter har en noe høyere sannsynlighet for tiltak enn jenter, og barn og ungdom med innvandrerforeldre meldes oftere til barnevernet sammenliknet med barn og unge med én eller to norskfødte foreldre. Det var liten forskjell mellom innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (etterkommere). For enslige mindreårige flyktninger var det hele 72 prosent som hadde tiltak i løpet av året. Barn av mødre uten fullført videregående opplæring hadde en tiltaksandel som var fem ganger større enn den forskerne fant hos barn av mødre med høyere utdanning (ibid.).

Westby (2021) sin studie om sårbare familier i barnevernssystemet tyder på ulik behandling innad i barnevernet, der de mest sårbare familiene marginaliseres i den forstand at de mottar minst hjelp for å forbedre familiefungeringen. Westby argumenterer for at det er behov for et større fokus på levekår og materielle betingelser innenfor det fag- og praksisfeltet barnevernet utgjør – at barnevernfeltet utvikler god kunnskap om materielle marginaliseringsprosesser og fattigdom, og hvordan levekårsproblematikk virker på sosial fungering, og på fysisk og psykisk helse.

En rekke studier viser en høyere andel av ungdom med LHBT-identitet blant barn i barnevern enn i ungdomsbefolkningen for øvrig (Detlaff & Washburn, 2018; Kaasbøll, Pedersen, et al., 2022). En studie viste at unge i barnevern med skeiv identitet opplevde manglende tematisering av skeiv identitet i tjenesteapparatet, og at dette kunne oppleves krenkende og gi signaler om at det var tabu å snakke om, eller at deres kjønnsidentitet og seksuelle orientering er uviktig eller ugyldig (Paulsen et al., 2020).

1.2.4 Foreldres rolle og kontakt med tjenestene

Barrierer for helsehjelp kan også knyttes til manglende engasjement eller kunnskap hos foreldrene, og som kan ha medført at behov for helsetjenester ikke har blitt fanget opp, eller drop-out fra tjenestene. En studie tyder på at foreldre til barn under barnevernets omsorg er blant de som tar minst kontakt med psykisk helsevern for sine barns psykiske vansker (Villagrana, 2010). Det er sannsynlig at foreldres egen helse spiller inn også. Drange m.fl. (2021) fant at foreldre som har barn i fosterhjem har større helsemessige utfordringer enn foreldre med barn som mottar andre barnevernstiltak.

Det kan være ambivalent forhold mellom barnevernet og berørte foreldre, der foreldre også opplever manglende innflytelse overfor tjenesteapparatet (Hall & Slembrouck, 2001; Midjo, 2010). I en studie med intervju av foreldre til barn med psykiske problemer og oppfølging i barnevernet, fant man at flere foreldre opplevde at de og barnevernet hadde ulik forståelse av barnet, og at de fikk lite anerkjennelse for sin forståelse av barnets problemer, og egen innsats for å hjelpe barnet (Storhaug & Ulfseth, 2018).

I en studie blant innvandrere fant forskerne at selv om foreldre beskrev både positive og negative opplevelser, tillit og mistillit, var frykt for barnevernet sentralt (Fylkesnes et al., 2015). Som nevnt er barn og unge med innvandrerbakgrunn overrepresentert som mottakere av hjelpetiltak i hjemmet (Halvorsen & Anthun, 2021). Erfaringer fra tjenestene og innvandrerfamiliene viser at forholdet ofte er konfliktfylt og preget av mistillit, misforståelser og samarbeidsproblemer (Vike, 2009).

Westby (2021) finner at barrierer i samhandlingen mellom foreldre og barnevernet kan ha bakgrunn i foreldrenes emosjonelle erfaringer fra tidligere møter med barnevernet, samt opplevelser av å ha blitt møtt med manglende respekt. Samtidig at økt deltakelse i ens eget barns sak har en positiv effekt på den enkelte foreldres samhandling med barnevernet.

Undersøkelser tyder på at det å være fosterforeldre kan oppleves som en krevende og stressende rolle (Bergsund et al., 2020; Havik et al., 2016). En studie av Larsen m.fl. (2020) på fosterforeldres bruk av BUP og barnevernstjenesten for barn og unge i alderen 11 til 18 år (n=290) viser at fosterforeldre generelt har

positive erfaringer fra tjenestene, og at omtrent halvparten av dem merket en bedring i ungdommenes tilstand og funksjon.

1.2.5 Terskel for hjelpsøking hos barn og unge

Ungdom selv kan unngå bruk av hjelpeapparatet. Flere rapporter om barnevern som inkluderer barn og unges egne erfaringer viser på den ene siden et stort behov for psykisk helsehjelp, samtidig en skepsis til behandlingspraksis og til tjenestene, men også mangel på kunnskap om tjenesteapparatet og hvilke tjenester som er aktuelle for dem (Barneombudet, 2020a, 2020b, 2022).

Forskning viser at når det gjelder psykisk helse og tilgjengelige tjenester kan det skyldes lavt kunnskapsnivå som hos ungdom generelt, og stigma ved å søke hjelp (Gulliver et al., 2010), men det kan også skyldes dårlige erfaringer med tjenestene (Kaasbøll & Aanonli, 2016). I en undersøkelse om bruk av helsetjenester i barnevernsinstitusjoner (Kaasbøll & Aanonli, 2016) ble elleve ungdommer i alderen 14 til 18 år intervjuet om sine erfaringer med fastlege, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Flere av ungdommene opplevde problemer med å bli forstått, og frustrasjon over ikke å bli tatt på alvor i møte med helsepersonell. Flere hadde også en oppfatning av at man ikke kunne få psykisk helsehjelp før man var alvorlig psykisk syk (f.eks. selvskading og suicidalitet), noe de antok var på grunn av stor pågang og ventetid. Undersøkelsen tydet også på at det å oppsøke hjelp på egen hånd opplevdes som vanskelig og stigmatiserende, særlig hos gutter.

Forskning viser at når det gjelder psykisk helse og tilgjengelige tjenester kan det skyldes lavt kunnskapsnivå som hos ungdom generelt, og stigma ved å søke hjelp (Gulliver et al., 2010), men det kan også skyldes dårlige erfaringer med tjenestene (Kaasbøll & Aanonli, 2016). Psykisk helse kompetanse (mental health literacy) brukes i litteraturen som en beskrivelse av hvor godt man er i stand til å ta gode valg til fordel for egen og andres psykiske helse (Bjørnsen et al., 2017), og regnes som en viktig faktor som har innvirkning på psykisk helse (Jorm, 2000; Kutcher et al., 2016; Wei et al., 2015). Det fins likevel lite forskning på psykisk helse kompetanse knyttet til målgruppen barn i kontakt med barnevernet.

1.2.6 Barn og unges medvirkning

Selv om større medvirkning har vært et mål i barnevern- og helsetjenestene i mange år, og inkorporert i lovverk, legges det ikke alltid til rette for barns medvirkning (Gulbrandsen et al., 2012; Helsetilsynet, 2012; Killén, 2004; Langballe et al., 2010; NOU, 2009:22; Paulsen, 2016). En kvalitetsundersøkelse blant barn som har vært i kontakt med barnevernstjenester tyder på at barn opplever å bli hørt og involvert, men at det var stor usikkerhet knyttet til hva som skjer med deres innspill og ønsker – at barna ikke opplever reell brukermedvirkning (Viblemo & Meltevik, 2017).

En ikke-systematisk oversikt identifiserte ingen studier når det gjelder direkte effekter av barn og unges medvirkning på helseutfall, men fant indirekte sammenheng mellom deltakelse og helse som viste at vellykket medvirkning kan ha positive effekter knyttet til barns følelse av trygghet, økt trivsel og gi bedre omsorgsordninger (Vis et al., 2011). I en nyere systematisk kartleggingsoversikt over barn og unges medvirkning er konklusjonen at det fins mye forskning om barn og unges opplevelse av egen brukermedvirkning i møte med barnevernstjenester, samt dilemmaer med og barrierer for brukermedvirkning, men at det mangler studier om *effekt* av brukermedvirkning på barnas helse og velferd (Ormstad et al., 2020).

I den nasjonale evalueringen av pakkeforløp psykisk helse og rus fant vi at brukere både i BUP og blant voksne i liten grad opplevde å medvirke i forløpet, blant annet ble de i liten grad inkludert i utarbeidelse av behandlingsplan, og når det gjaldt å praktisere faste evalueringspunkter sammen med behandler (Ådnanes et al., 2021). Vi fant også at evalueringspunkter ikke ble gjennomført systematisk overalt, men at de fleste behandlere diskuterte målsettinger med pasientene, og hva som trengs videre gjennom forløpet (ibid.).

I en nylig avsluttet studie der en ser på barn og unges medvirkning i tre typer spesialiserte hjelpetiltak for barn i barnevern og deres familier fant man at barn og unge ønsker å bli hørt, at de trenger tilrettelagt og

tilstrekkelig informasjon om tiltakene og behandlingsforløpene (Ulset, Thoresen, et al., 2023). Funnene tydet på sammenheng mellom medvirkning og opplevd virkning av tiltakene og at relasjonen til terapeutene i tiltaket hadde stor betydning for barnas og ungdommenes oppfatning av tiltakene, og at relasjonsbygging syntes å fremme samarbeidende medvirkning (ibid.).

1.3 Tiltak som kan gi bedre helsehjelp til barn i barnevern

Helsedirektoratet og Bufdir har i samarbeid iverksatt en rekke ulike tiltak for å bidra til at barn og unge som er i kontakt med barnevernet får tilgang til helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet og Bufdir, 2016). Satsingen refereres til som «bedre helsehjelp til barn i barnevern» eller «helsesatsingen». I det følgende gjennomgås sentrale tiltak i denne satsingen samt et par andre tiltak av betydning i dette feltet.

1.3.1 Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus

Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus ble lansert i februar 2023. Direktoratenes mål med forløpet er å bidra til at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet slik at de sikres nødvendig helsehjelp ved behov, i kombinasjon med riktig tiltak fra barnevernet (Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2023). Målgruppen er alle barn det opprettes undersøkelse for, barn med hjelpetiltak som bor hjemme og barn som bor i fosterhjem og institusjon.

Tiltaket evalueres av SINTEF i perioden 2024-2027, og skal gi kunnskap om hvorvidt, og hvordan, tiltaket bidrar til at flere barn og unge i barnevernet får nødvendig helsehjelp, om forløpet bidrar til helhetlig ivaretagelse av barnets helsebehov, og om det sikrer medvirkning og informasjon til barn og deres familier.

1.3.2 Tverrfaglig helsekartlegging

Tverrfaglig helsekartlegging skal identifisere hjelpe- og helsebehov hos barn som flyttes ut av hjemmet slik at barna får mer treffsikker hjelp og oppfølging (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2023). Bufetat er gitt en hjemmel til å tilby tverrfaglig helsekartlegging. Det er kommunen som anmoder Bufetat om helsekartlegging, og Bufetat som avgjør om helsekartlegging skal tilbys i det enkelte tilfelle. Endringen gjelder fra 1. juni 2022. Modellen har blitt utprøvd ved fem kartleggingsteam bemannet med ressurser fra Bufetat, Barne- og familieetaten i kommunen og helseforetak (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2022a), der ett av teamene var en videreføring av det avsluttede CARE-prosjektet (Myrvold m.fl., 2022, jf. kap. 1.1.4). Per desember 2023 er det team i region Midt-Norge, region sør og i Oslo kommune og team under etablering i Region nord, vest og øst.

En sluttrapport for prosjektet gjennomgår erfaringene med etablering, organisering og tverrfaglig arbeid (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2022a). Rapporten påpeker at utprøvningsprosjektet ikke har hatt tilstrekkelig varighet til å kunne vurdere grad av måloppnåelse, og at det er behov for å følge tverrfaglig helsekartlegging tett de neste årene for å vurdere effekter for barna. Det anbefales at tiltaket følgeevalueres for å kunne si noe om hvordan anbefalingene fra kartleggingsteamene blir fulgt opp av barnevernet, barnevernets erfaringer og vurderinger av tilbudet, og om barn og unges vurdering av tilbudet (ibid.).

1.3.3 Barnevern og psykisk helsehjelp i et integrert institusjonstilbud

Tiltaket "nytt integrert institusjonstilbud" har til hensikt å styrke tilbudet til barn og unge med samtidig behov for omsorg fra barnevernet og psykisk helsehjelp. I dette tiltaket har det blitt gjennomført pilotering ved to institusjoner i henholdsvis Søgne og Bodø - en integrert modell, der helsepersonell, inkludert psykologer fra helseforetakene, har arbeidssted på institusjonene.

Evalueringen av pilotinstitusjonene (Melby et al., 2020) viste at mens de ansatte hadde gode erfaringer med tilbudet var ungdommene kritiske og skeptiske til en modell som innebar det å bo og motta behandling samtidig. Rapporten anbefalte at videre utvikling av et integrert tilbud mellom barnevern og helse for målgruppa burde ta utgangspunkt i de ansattes gode erfaringer samtidig som man tok hensyn til ungdommenes kritikk. En følgeevaluering av videre virksomhet ved integrert institusjonstilbud gjennomføres av NTNU Samfunnsforskning og RKBU-Midt, Regionalt kompetansesenter for barn og unges psykiske helse. Sluttrapport forventes i april 2024.

1.3.4 Innføring av barnevernsansvarlig og helseansvarlig

Helseansvarlig ved barnevernsinstitusjonene og barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge ble innført for sikre et mer systematisk samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernsinstitusjonene, og slik bidra til at barn og unge får nødvendig psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet og Bufdir, 2016). Barnevernsansvarlig skal være en kontaktperson for den enkelte barnevernsinstitusjonen, og samarbeidspartner for helseansvarlig ved barnevernsinstitusjonen, og samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2023a). Barnevernsansvarlig skal gi råd og veiledning om psykisk helse, bistå med å etablere rutiner for å kartlegge behov for helsehjelp, bistå med å avklare behov for helsehjelp fra psykiske helsetjenester og bistå med å tilpasse helsehjelpen slik at den er fleksibel og tilpasset barnets behov (ibid.). Evalueringen (Ulset, Fossum, et al., 2023) inneholdt en spørreundersøkelse sendt ut til 118 barnevernsansvarlige i de regionale helseforetakene, der man fikk svar fra 35 respondenter. Undersøkelsen viste at forståelsen av rollen og funksjonen til barnevernsansvarlig var uklar, og at tiltaket ikke var implementert i den grad at det ga grunnlag for å vurdere om tiltaket bidrar til at flere barn og unge får nødvendig psykisk helsehjelp (Ulset, Fossum, et al., 2023). For økt implementering foreslår evalueringen at Helsedirektoratet og Bufdir tydeliggjør ansvar (ibid.).

De helseansvarliges rolle er å utarbeide og implementere gode rutiner som sikrer barna hjelp, gi og evaluere opplæringstiltak, gi råd og veiledning, og koordinere institusjonens arbeid (Bufdir, 2021). I en spørreundersøkelse⁷ blant helseansvarlige (n=191) svarer mange at de ikke har så stor kjennskap til funksjonen barnevernsansvarlig, eller ikke har noen barnevernsansvarlig å forholde seg til. Dette til tross for at poenget med ordningen er at helseansvarlig og barnevernsansvarlig skal samarbeide. Det kan derfor se ut til at det er like viktig å jobbe med innholdet og formen på behandlingen BUP tilbyr barn i barnevernsinstitusjon, som strukturene rundt samarbeidet mellom sektorene for å sikre bedre helsehjelp til barn i barnevern. Undersøkelsen viste også at mange helseansvarlige ønsket større fleksibilitet fra BUP ved ambulerende tjeneste som kommer til barna på institusjonsavdelingene, for å sikre bedre helsehjelp til barna i barnevernsinstitusjon.

1.3.5 FACT Ung

FACT Ung-team⁸ er en relativt ny modell under utvikling og utprøving rettet mot ungdom mellom 12-24 år med alvorlig funksjonssvikt på flere områder i livet, sammensatte vansker og behov for langvarig og integrert innsats fra flere tjenester (Helsedirektoratet, 2023b; Napha, 2023a). Unge i barnevernet er en viktig målgruppe.

FACT Ung-teamene skal organiseres som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og per september 2023 er det 24 FACT ung-team i Norge og 12 team i forprosjekt (Napha, 2023a). FACT ung skal gi oppsøkende og ambulant behandling på den unges egne arenaer, støtte opp under sosial inkludering og nettverksbygging, gi integrert behandling over tid som bygger på ungdommenes ønsker, behov og ressurser, samt sikre god samhandling (Napha, 2023a). Grunnprinsipper i FACT ung er ifølge modellbeskrivelsen (Nord-Baade, 2022): fleksibilitet, aktiv oppsøkende virksomhet,

⁷ Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Bufdir, men er ikke publisert.

⁸ FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling.

tverrfaglig teamtilnærming, deltakelse i lokalsamfunnet, familie- og systemarbeid, recovery og brukermedvirkning, helhetlig, integrert og kontinuerlig, kunnskapsbaserte metoder.

Evalueringen av FACT ung-pilotene (tre team) konkluderte at teamansatte, samarbeidspartnere, unge og pårørende opplevde at de unge fikk god hjelp fra FACT ung-teamet (Nord-Baade et al., 2022). Det som særlig ble fremhevet var tilgjengelighet, kontinuitet, fleksibilitet og system- og familiearbeid. Det var imidlertid en svakhet at teamene var for lite robuste ved at det var få ansatte og få spesialister (psykolog, psykiater), og at deltidsstillinger i teamene vanskeliggjorde det å følge modellen. Evalueringen i 2022 viste at unge i kontakt med barnevernet foreløpig i liten grad var blitt rekruttert til FACT ung-pilotene, og anbefalte at henvisere og FACT ung-teamene burde sørge for at unge i barnevernet med psykiske problemer/lidelser og /eller rusproblemer, fanges opp og gis et tilbud i FACT ung-teamene (ibid.). Nyere kartlegging, gjort av implementeringsteamet for FACT ung, viser at en av tre ungdommer tilknyttet FACT ung følges opp av barnevernet (Napha, 2023b).

1.3.6 Ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge

Ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes for å gjøre psykisk helsehjelp lettere tilgjengelig for barn i barnevernsinstitusjoner (Prop. 73 L (2016-2017)). Ifølge Prop. 73 L skal ambulante tjenester tilby både utredning og behandling til beboerne i institusjonen, og veilede og følge opp de ansatte, slik at de på best mulig måte kan ivareta det enkelte barns behov.

I en kartlegging av helsetilbudet på barnevernsinstitusjoner (Sentio, 2022) svarer om lag halvparten av avdelingslederne at de har tilgang til ambulant team fra BUP, mens 21 prosent oppgir at de ikke vet om de har det. En kvalitativ undersøkelse av tilgang til ambulant psykisk helsehjelp, sett fra barnevernets ståsted (Ådnanes et al., 2023), viser at det varierer mye hvor tilgjengelig hjelpen fra ambulante team oppleves for barnevernsinstitusjonene, og at det i praksis fins en rekke terskler for å få ambulant hjelp. Det dreier seg blant annet om krav om innsøking via BUP eller helseforetak, åpningstider, reisevei, type problematikk som innlemmes i hjelpen og varighet av tilbudet. De fleste institusjonene rapporterte at de har behov for mer ambulant psykisk helsehjelp enn de får i dag. Rapporten viste også at de regionalt helseansvarlige i Bufetat mente ambulant psykisk helsehjelp er nødvendig både for å sørge for fleksibilitet i behandling av den enkelte ungdom, og for å gi god veiledning til miljøpersonalet i institusjonen og kunne nyttiggjøre seg relasjonen miljøpersonalet har til ungdommene. Deres inntrykk var at det eksisterte store forskjeller mellom BUP'ene på hvor mye ambulant virksomhet de tilbyr, og at dette handler både om ledelse og kultur på poliklinikkene, men også om hvordan den enkelte behandler evner å skape seg handlingsrom til å drive ambulant virksomhet ute i institusjonene (Ådnanes et al., 2023). En gjennomgang av offentlige dokumenter omkring temaet ambulant psykisk helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge viste stor bevissthet rundt utfordringene knyttet til psykisk helse hos barn i barnevern, og at ambulante tjenester jevnlig nevnes som løsning for å skape mer tilgjengelige tjenester (Ådnanes et al., 2023). Likevel var inntrykket at dersom en skal lykkes med å få vekst i ambulant psykisk helsehjelp, bør dette komme tydeligere fram gjennom mer omtale, og konkretisering av strategier og innsats som forventes (ibid.).

1.3.7 Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst

I tiltaket helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst ble det gjennomført tre piloter for samhandling mellom barnevernstjenesten og BUP, psykisk helsevern i Helse Sør-Øst i perioden 2015-17. Formålet med tiltaket var å sikre at psykiske vansker og lidelser oppdages, og at barna får den helsehjelpen de har behov for. Den ene piloten bygde videre på en modell som hadde blitt prøvd ut i liten skala, «Stillasbyggerne». Ifølge evalueringen (Ruud & Weimand, 2018) oppnådde man økt samarbeid mellom BUP og barnevernsinstitusjoner, men med variasjon i hvor mange som var involvert i samarbeidet, hvor mange ungdommer det gjaldt og hvor detaljerte utredninger og behandlingsopplegg som ble gjennomført. Evalueringen pekte på betydningen av å utarbeide samarbeidsavtaler, retningslinjer og prosedyrer, etablering av møter og samhandlingsforum, samt bruk av metoder for å evaluere erfaringen med en

modell (ibid.). “Stillasbyggerne” er en modell som siden har blitt etablert en rekke andre steder (Stillasbyggerne, 2023).

1.3.8 Samordningsmodeller

I vurdering av samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet har en gjennomgang og evaluering identifisert og kartlagt åtte modeller (Oslo Economics, 2022). I samråd med Bufdir ble følgende tre modeller valgt for en nærmere vurdering basert på at de utgjorde særlig relevante modeller for samordning for målgruppen: Stillasbyggerne, DUE og FACT ung. FACT ung er allerede beskrevet (jf. kap. 1.3.5).

Stillasbyggerne er en ambulant seksjon i avdeling BUP på Akershus universitetssykehus, og utgjorde en av tre pilotmodeller i tiltaket helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst (Ruud & Weimand, 2018). Stillasbyggerne er en ambulant seksjon i avdeling BUP på Akershus universitetssykehus, og utgjorde en av tre pilotmodeller i tiltaket helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst (Ruud & Weimand, 2018). Stillasbyggerne er en ambulant seksjon i avdeling BUP på Akershus universitetssykehus, og utgjorde en av tre pilotmodeller i tiltaket helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst (Ruud & Weimand, 2018). Stillasbyggerne har tre mål; å fange opp og følge opp barn og ungdom med psykiske problemer under barnevernstjenestes omsorg, bidra til at barna i målgruppen får bedre livskvalitet og bidra til at samarbeidet mellom barnevernstjeneste og deres samarbeidspartnere blir så bra som mulig (Stillasbyggerne, 2023). Stillasbyggerne fungerer som et veiledende og koordinerende ledd som legger til rette for godt samarbeid mellom tjenestene i hjelpeapparatet rundt barna, i tillegg til at de gir psykisk helsehjelp og sosialfaglig oppfølging. Stillasbyggerne ønsker i hovedsak å bidra i saker hvor de ordinære tjenestene ikke kommer i posisjon eller ikke klarer å jobbe fleksibelt nok, og der hvor samarbeids-problemer er en hovedutfordring. De følger sakene så lenge det vurderes hensiktsmessig, frem til ungdommen er 25 år (Oslo Economics, 2022).

DUE - «Der ungdommen er» - er et miljø-terapeutisk frivillig oppfølgingstiltak for barn og unge opp til 25 år, og familier, og som koordinerer andre involverte tjenester (Statsforvaltaren i Vestland, 2023). Idégrunnet er å hjelpe ungdom som har behov for ekstra støtte i overgangen til voksenlivet. DUE skiller seg fra Stillasbyggerne og FACT ung ved å ikke ha noen direkte tilknytning til helsetjenesten, og ved at den bygger på miljøterapeutisk fagkompetanse (Oslo Economics, 2022). DUE tar i utgangspunktet ikke inn ungdommer med alvorlige psykiske lidelser, og modellen gir i mindre grad enn de andre modellene sikkerhet for at ungdommene får tilgang til psykisk helsehjelp (ibid.).

1.3.9 Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen

Helsedirektoratet og Bufdir støttet i 2018/19 en pilotstudie med videokonsultasjon som verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon. Tanken var at videokonsultasjon skulle kunne bidra til at ungdom opprettholdt kontakt med viktige kontaktpersoner, deriblant behandlere i helsetjenestene. Dermed at man hindret brudd i viktige relasjoner og i pågående behandling ved for eksempel flyttinger, og økt bruk av digitale verktøy der det er stor geografisk avstand til BUP (Helsedirektoratet og Bufdir, 2016). Et tilbud ble utredet (Rødseth & Bønes, 2018), men man lyktes ikke å gjennomføre på grunn av «utfordringer ved prosjektets start, dårligere infrastruktur i institusjonene enn antatt og få ungdommer som får behandling fra BUP ved de valgte institusjonene i prosjektperioden» (Hansen et al., 2020).

SINTEF gjorde i 2022 gjort en kunnskapsoppsummering av internasjonal forskningslitteratur som omhandler bruk av videokonferanse i behandling og samhandling innenfor barnevern (Ådnanes et al., 2022), og en undersøkelse av erfaringer med videokonferanse blant behandlere og ungdommer i barnevern (Krane et al., 2023; Ådnanes et al., 2022). Kunnskapsoppsummeringen ga tretten artikler som tydet på at videokonsultasjon generelt gir bedre tilgjengelighet til spesialisert psykisk helsehjelp for sårbare grupper med behov for psykisk helsehjelp. Flere av studiene tyder på god kvalitet i behandlingen, men var basert på tjenesteyteres oppfatninger – og ikke brukernes. Litteraturen peker på utfordringer når

det gjelder å få til en god terapeutisk relasjon og å være fokusert i terapien når det er på skjerm. Videre tydet litteraturen på en rekke fordeler med digitale samarbeidsmøter i tjenestene; at det økte oppmøte til - og frekvensen av - viktige møter mellom barnevern og helsetjenestene, og at dette kunne gi mer helhetlig helsehjelp. Samtidig advarte enkelte studier om at digitale samarbeidsmøter ikke måtte medføre redusert medvirkning fra familier og barn. Den kvalitative studien bekreftet det vi fant i litteraturen - at digitale møter hadde en rekke fordeler ved at det var lettvinnt, effektivt for innhenting av informasjon og at man kunne møte andre tjenester hyppigere i den enkelte sak, men at erfaringer med videokonferanse i forbindelse med behandling overfor denne målgruppen varierte (Krane et al., 2023; Ådnanes et al., 2022).

1.3.10 Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge

Høsten 2023 ble det lansert ny nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge (Helsedirektoratet, 2023d). Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager, og deres familie, ved at kommuner: støtter opp om de arenaene som barn og unge og deres familie er på slik at de virker helsefremmende og forebyggende; planlegger og utvikler psykisk helsetilbud; tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging; tilpasset behovene samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge.

Målgruppen for veilederen er: kommunens politiske og administrative ledelse; ansatte og ledere i helsetjenesten (kommune og spesialisthelsetjenesten); ledere i aktuelle tjenester og sektorer i kommunen (for eksempel utdanning, barnevern eller NAV-kontoret); barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager og deres familie inkludert søsken. Veilederen er også aktuell for fylkeskommunen, samarbeidspartnere som private virksomheter, frivillig sektor og andre som jobber med barn og unge.

Veilederen gir tolv anbefalinger hvorav ni er rettet mot kommunen, og tre er rettet mot både kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Medvirkning er et overordnet prinsipp.

2 Metoder i forskningsprosjektet

Forskningsprosjektet har bestått av tre deler der del 1 dreier seg om brukerstudier blant barn, unge, foreldre og fosterforeldre, del 2 inneholder forløpsstudier basert på barns mapper samt intervjuer med fagpersoner i barnevern og i samarbeidende helsetjenester, og del 3 dreier seg om en registerstudie som presenterer helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern (se figur på neste side). Metodene beskrives inngående i rapportens tre resultatdeler.

Del 1 brukerstudier undersøker barn og unge i barnevernet sitt behov for helsehjelp, og erfaringer med tjenestetilbudet. Datagrunnlaget er tredelt med a) kvalitative intervjuer med barn, ungdom og unge voksne fra 13-20 år, b) kvalitative intervjuer med foreldre og fosterforeldre og c) elektronisk survey ble gjort blant ungdom og unge voksne i alderen 16-23 år. Intervju med foreldre og fosterforeldre om deres barn/fosterbarn er ikke koblet til de barna og ungdommene som intervjues.

Del 2 forløpsstudier undersøker barrierer for helsehjelp, og faktorer som bidrar til helsehjelp for barn og unge i barnevernet. Her er datagrunnlaget: a) kombinert mappe- og intervjustudie blant saksbehandlere i barnevern om barn med hjelpetiltak som bor hjemme eller som har omsorgstiltak - i fosterhjem eller i barnevernsinstitusjon, b) en mappestudie om barn i institusjon, og c) intervju med fagpersoner i sentrale samarbeidende tjenester utenfor barnevernet.

Del 3 registerstudie undersøker helsehjelp og helsetjenestebruk i perioden 2013-2020 blant barn og ungdom (0-23 år) i barnevernet, sammenlignet med barn og ungdom som ikke er i barnevernet. I denne delen benyttes helseregistre for å kartlegge hvilke helsetjenester barn og unge under oppfølging av barnevernet mottar. Datagrunnlaget er registerdata på individnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

2.1 Brukerperspektiv i prosjektet

Barn og unge er mer synlige i samfunnsforskningen enn tidligere, og deres synspunkter inkluderes oftere som legitime kilder til kunnskap (Backe-Hansen & Frønes, 2012). Gjennom å få frem barn og unges egne perspektiver kan også unge gis en mer sentral posisjon i kunnskapsutviklingen på barnevernfeltet (Paulsen, 2017).

Prosjektet har sikret brukerperspektivet på flere måter gjennom prosjektperioden. I tillegg til å intervju barn og ungdom, foreldre og fosterforeldre, innebærer dette inklusjon av spørsmål om barn og unges medvirkning i tjenestene og brukermedvirkning i vår egen metodiske tilnærming. Prosjektet har hatt en erfaringskonsulent (ansatt ved Universitetet i Sørøst-Norge) tilknyttet i første halvdel av prosjektet, og som bidrog blant annet i utforming av intervjuguider og spørreskjema, i opplegg for rekruttering og i informasjon om prosjektet i sosiale medier. Videre har prosjektet samarbeidet med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling – KBT, der KBT har bidratt når det gjelder formidling og spredning av informasjon om prosjektet, rekruttering av informanter (barn, ungdom og foreldre) og har gjort en stor del av intervjuene med barn og unge, og tre av foreldrintervjuene.

2.2 Etikk og personvern i de ulike delstudiene

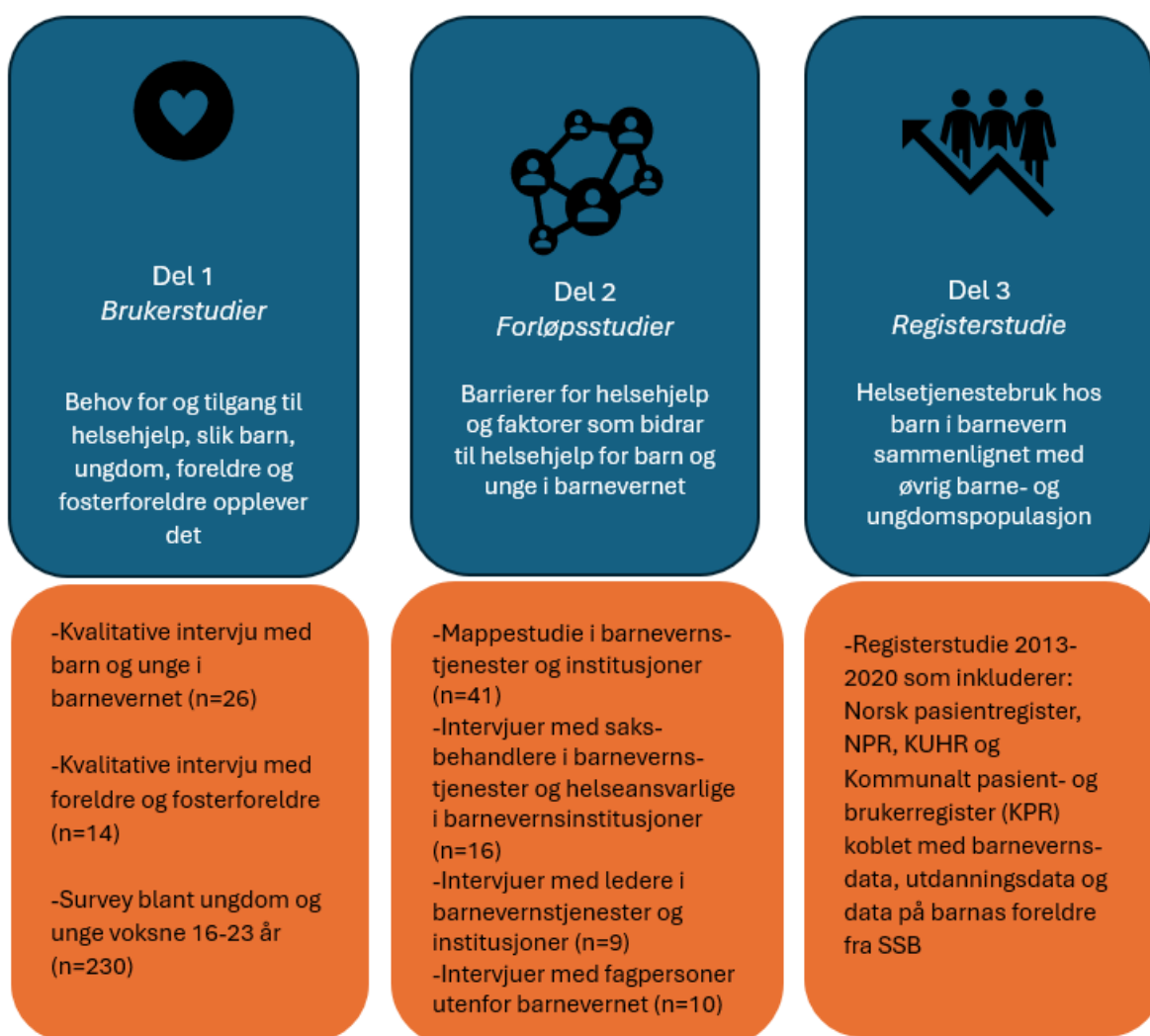
Alle delstudiene i prosjektet er lagt fram i søknad til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt), og meldt til Personvernombudet for forskning ved Sikt.

Alle de kvalitative delstudiene i del 1 og 2 er basert på informert samtykke når det gjelder personer 16 år og eldre. Når det gjelder barn under 16 år er deltakelse basert på samtykke fra foreldre i tillegg til barnet

selv. Delstudiene er meldt inn, og godkjent av Personvernombudet for forskning (Referansenumrene: 871209, 527148 og 826532).

Mappestudien og intervjustudien i tjenestene (del 2) er gjennomført etter vedtak om fritak fra taushetsplikt fra Bufdir. Sikts Personverntjenester har vurdert prosjektets behandling av personopplysninger etter utarbeidet DPIA (Data Protection Impact Assessment). Dette for å sikre at forskningsprosjektet etterlever personvernlovverket. Delprosjektet ble også meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), søknadsnummer 350621, men ble vurdert som utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Registerstudien (del 3) er basert på godkjenning fra REK (saksnummer 249304). Det samme er survey rettet mot ungdom med barneverntiltak i alderen 16-23 år (REK saksnummer 426536).



Figur 2-1 Oversikt over delstudier, metoder og datagrunnlag i prosjektet

Del 1 Behov for og tilgang til helsehjelp slik barn, ungdom og foreldre opplever det

Marian Ådnanes, Mona Sommer, Vibeke Krane og Jannike Kaasbøll

Denne første delen av rapporten består av tre kapitler som undersøker problemstillinger knyttet til barn og unges behov for, tilgang til - og opplevelse av helsehjelpen, basert på barn og ungdoms egne erfaringer, og foreldre og fosterforeldres erfaringer. Utvalget av barn og unge har enten hjelpetiltak i hjemmet, bor i fosterhjem eller på institusjon. Enkelte er over 18 år og har ettervernstiltak.

Mål og problemstillinger

Hovedmål: Hvordan oppleves behovet for helsehjelp, og tilbudet om helsehjelp av barnet/ungdommen selv, og av foreldre?

- Hvilken hjelp opplever barn, ungdom og deres foreldre/fosterforeldre at barnet/ungdommen trenger, og opplever de at de får hjelp når de trenger det?
- I hvilken grad opplever de at hjelpen gis på en trygg måte (rammen rundt, det tørre å åpne seg), og opplever de hjelpen som nyttig?
- Hvilke helsetjenester vurderes som viktige for dem, og hva har betydning for at tjenesten vurderes som viktig?
- Hvordan opplever ungdommene at de inkluderes i planleggingen og beslutninger som tas om deres utredning og behandling?

3 Barn og unge i barnevernet sitt behov for helsehjelp, og opplevelse av tilbudet

I dette kapitlet presenteres resultatene fra kvalitative intervjuer med barn og unge om deres behov for helsehjelp, og opplevelse av helsehjelpen de har fått eller får. Datagrunnlaget baserer seg på 26 kvalitative intervjuer med barn og unge i barnevernet i alderen 13 til 20 år. Kapitlet ser på om barn og unge opplever at de får tilgang til helsehjelp når de trenger det, hvilke helsetjenester som vurderes som viktige for dem, og hva de legger vekt på som viktig for at tjenesten vurderes som viktig. Videre i hvilken grad barn og unge opplever hjelpen som viktig og at hjelpen gis på en trygg måte. Til slutt om ungdommene opplever medvirkning i forbindelse med utredning og behandling.

3.1 Metode

3.1.1 Rekruttering og utvalg

Både ungdommer og foreldre ble innledningsvis i prosjektet forsøkt rekruttert via barnevernstjenester i en rekke kommuner. Det ble gjort en omfattende innsats for å få til dette, men svært få ble rekruttert via kommunene. De fleste barnevernstjenestene takket nei på grunn av stor arbeidsmengde, og ofte også på grunn av andre pågående tiltak ved kontoret og deltakelse i forskningsprosjekter. Mange ble derfor rekruttert via informasjon lagt ut på sosiale media fra Norsk Fosterhjemsforening, Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling – KBT, via egen erfaringskonsulent (ungdom) tilknyttet prosjektet, og via forskerne selv. Det ble også brukt respondent driven sampling - det vil si at forskerne rekrutterte via sine nettverk inn i tjenestene. Deltakerne fikk et gavekort for deltakelsen.

De 26 barna og ungdommene kom fra hele landet. Det var 18 jenter og 8 gutter. Tabellene under viser oversikt over omsorgs-/ bosituasjon og alder på de som ble intervjuet.

Tabell 3-1 Bosituasjon/-omsorgstiltak blant barn og unge som deltok i kvalitative intervju

Bosituasjon	Bor i fosterhjem	Barneverns-institusjon	Bor hjemme	Bor på hybel eller i kollektiv*	Totalt antall
Antall	9	7	3	7	26

* Fem av disse er under ettervern

Tabell 3-2 Alder hos barn og unge som deltok i kvalitative intervju

Alder	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år	20 år
Antall	2	2	3	3	6	5	4	1

3.1.2 Gjennomføring av intervjuer

En stor del av datainnsamlingen ble gjort under Covid-19-pandemien, og de fleste av intervjuene ble gjennomført på Teams. Intervjuene ble gjort semistrukturert, med rom for at andre tema som informanten var opptatt av kunne utdypes enn de som er spesifisert i intervjuguiden. Intervjuene hadde en varighet på gjennomsnittlig en time. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Deltakelse var samtykkebasert, og deltakerne fikk i forkant av intervjuene informasjonsskriv om studien og rettigheter som forskningsdeltakere. Ved fysiske intervjuer ble samtykke til deltakelse innhentet skriftlig, de resterende deltakerne samtykket enten gjennom å besvare e-post eller svare muntlig, tatt opp på lydfil. Der ungdommen var yngre enn 16 år, samtykket også foreldre til barnets deltakelse.

Intervjuet besto av fem hovedtema: a) barnets bakgrunn og helse, b) helsehjelp mottatt, c) erfaringer med helsehjelp, d) hjelp til å få helsehjelp, e) medvirkning og samarbeid med tjenestene.

3.1.3 Analyse

Intervjuene ble lest gjennom av tre forskere. Det ble gjort en tematisk innholdsanalyse i analyseprogrammet NVivo 11, med utgangspunkt i de fem hovedtemaene i intervjuet. I tillegg ble det laget en oversikt i Excel over det enkelte barns bakgrunn, helsesituasjon og hvilke tjenester som er eller har vært involvert, samt en oppsummering av hovedinntrykk i tilknytning til den enkelte problemstilling som studien undersøker. Deler av denne oversikten er gjengitt i Tabell 5-3 under.

3.2 Helseutfordringer og tjenester involvert hos utvalget av barn og unge

Tabell 3-3 under gir en fullstendig oversikt over hvordan hver enkelt av de 26 ungdommene som deltok i personlig intervju beskriver sine helseutfordringer, og hvilke tjenester som har vært eller er involvert. Det er viktig å presisere at dette er ungdommenes egne beskrivelser, og at det gjengis stikkordsmessig i tabellen. Når det gjelder diagnoser var det noen ganger uklart eksakt hvilke diagnoser de hadde fått og hvilke de ble utredet for. Vi har valgt å presentere dette materialet såpass detaljert og samlet i en tabell, fordi det gir en god innsikt i hvor omfattende og komplekst bildet kan være for den enkelte ungdom som har kontakt med barnevernet, både de som er i institusjon, fosterhjem, bor hjemme eller er i ettervern.

Tabell 3-3 De unges beskrivelse av egne helseproblemer og vansker, og tjenester involvert

	Informant	Helseproblemer og vansker	Tjenester involvert
1	Jente 18 år	Depresjon og angst. Sliter med søvn. Ok helsemessig ellers. Vært borti rus. Brukte en periode både tabletter, stoff og røyk.	Kontakt med barnevern i mange år, og har ettervern nå. Beskriver veldig god oppfølging av barnevern. Får behandling i psykisk helsevern for voksne. Fornøyd med psykolog. Psykologhjelp manglet i barne- og ungdomsår før 18, til tross for at hun ble henvist fra fastlege. Fikk ikke tilbud i BUP, som hun ønsket selv, og som både fastlege og kommunepsykolog mente hun trengte, men hadde mye kontakt med helsesøster og kommunepsykolog.
2	Gutt 17 år	Bipolar lidelse, ADHD og angst.	Bor med foreldre. Kontakt med BUP siden 10-11 årsalder. Sier om BUP at de ikke stiller spørsmål, men er mest opptatt av medisiner og oppfølging i tilknytning til medisinene. Har hatt innleggelse som har vært bra. Benytter et aktivitetssenter lavterskel, som han roser høyt.
3	Jente 16 år	ADHD, PTSD, depresjon, selvmordstanker, selvskading og selvmordsforsøk.	Har tilbud i BUP, inkludert DBT, traumeterapi. Forklarer at barnevernet ble koblet på fordi hun ikke ville gå på skole. Bor med foreldre.
4	Gutt 14 år	Sunn fysisk. Spiseforstyrrelse tidligere, sinneproblemer, mistanke om ADHD, men ikke sjekket ut. I perioder deprimert.	Har hatt et samtaletilbud for unge (gruppe), men har ikke ønsket å bruke det. Synes ikke det «forandret så mye». Sier han har fått hjelp av barnevernet «til å holde ut dagen og vite hva jeg skal gjøre med problemer med faren min».
5	Gutt 16 år	Alvorlig depresjon, men ikke ferdig med utredning hos BUP. Skårer fullt på alle mulige typer angst. Har inntrengende tanker/suicidal. Mulig også ADHD eller autisme – eller PTSD. Psykosomatiske problemer med tics, dårligere balanse (ellers ok fysisk).	Kontakt med barnevern i noen måneder, samtidig som han startet i BUP. Bor i fosterhjem. Kontakt med utekontakten for tre år siden ved start ungdomskolen. Dette var en "døråpner" – der han ble henviste videre. Hatt kontakt med helsestasjon for ungdom.
6	Gutt 16 år	Borderline, har hatt ADHD-diagnose som nå er fjerna, hatt selvmordsforsøk.	Kontakt med barnevern siden fødsel. Bor på institusjon, har bodd i fosterhjem ulike steder siden fødsel. Fikk tidlig kontakt med BUP, er tilknyttet BUP-skole. Har vært innlagt fire ganger siste halvåret, husker ikke alle grunnene, men prøvd å ta livet sitt. Har kontakt med helsesøster (liker å snakke med henne, det er rolig og de har forklaringer).



7	Jente 15 år	Vært syk med spiseforstyrrelser, sliter med at hun er veldig deprimert i perioder (men det går litt bedre nå).	Kontakt med barnevern siden hun var ca. 10-11 år. Bor i fosterhjem, tidligere bodd i institusjon, og beredskapshjem. Fått mye hjelp av helsesykepleier på skolen, mye fra BUP - også innleggelse - forskjellige BUP'er, ernæringsfysiolog ved BUP, lavterskeltilbud i kommunen, innlagt på grunn av anorexi.
8	Gutt 15 år	ADHD, angst og autismespekterforstyrrelse. «Gikk inn i psykose» for to år siden. Etter det små panikkangstanfall. Går på medisiner for angst og autisme.	Bor i omsorgsbolig nå. Har vært på institusjon i fire måneder. Har psykolog på BUP. Var innlagt i BUP i 2-3 måneder da han var 12, og «gikk inn i psykose».
9	Jente 18 år	Har emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, har bulimi «på papiret» (betegner dette som «atypisk»), PTSD, depresjon, og angst. Betegner seg som «kronisk suicidal», og driver med selvsykdom. Tidligere også hatt problemer med rus periodevis, har flere overdoser.	Hatt «av og på-kontakt» med barnevernet siden hun var liten. Opplever at de har trukket seg ut for det meste nå. Innlagt i BUP i ett år (nå), hatt innleggelse på tre måneder, har vært til avrusning en gang. Kontakt med skolepsykiater/PPT, fastlegen vært mye inne i forbindelse med innleggelse, psykisk helse i kommunen, helsesøster. Innleggelse i somatisk sykehus på grunn av overdoser - dette har vært på tvang.
10	Jente 17 år	Slitt med en del somatiske plager i mange år - betennelser, rygg- og nakkeplager, sliter med hodepine - mye sangeliggende. «Ikke på topp psykisk». Det går ut over hverdagslivet.	Har hatt kontakt med barnevernet siden hun var 10 år. Tidligere bodd i beredskapshjem og fosterhjem. Bor alene i leilighet. Har hatt psykolog i BUP siste to år. Hadde kontakt med psykolog også på barneskole.
11	Jente 17 år	Psykiske utfordringer - beskriver mye angst som kommer fra ting hun har opplevd. Kommer mer og mer fram at det er PTSD nå.	Bor i fosterhjem, og bodd i beredskapshjem før det. Har vært til behandling i BUP i et par år - fra hun var 15. Beskriver at hun hadde problemer så lenge hun bodde hjemme, og at hun ikke fikk hjelp før hun kom til barnevern. Har snakka mye med rådgiver på skolen. Nå har hun kontakt med barnevern når hun skal besøke søsken.
12	Jente 18 år	Psykisk helse «litt opp og ned», blir fort veldig sint, sliter med kroppsbilde og selvbilde.	Kontakt med barnevern siden hun var 11 år. Bor i fosterhjem. Hun får nå lavterskel hjelp i kommunen hver 14 dag. Før det gikk hun til helsesøster og pratet. Har gått til BUP i et halvt år da hun var 13, men ble skrevet ut fordi de "mente jeg ikke var skadet nok".
13	Gutt 18 år	Oppfatter selv at han har relativt god psykisk og fysisk helse. Litt utydelig. Vært borti rus.	Har hatt kontakt med barnevern i et par år. Er under ettervern. Tidligere hatt kontakt med BUP, forklarer at det var påtvunget av skolen på grunn av sinne - i 7. klasse, og seinere rundt 17 år. Fikk da hjelp i om lag fem måneder. Vært hos helsesøster.
14	Jente 17 år	Beskriver dårlig psykisk helse, men har ingen diagnose. Opplevd depresjoner i om lag fire år, og "oppdaget at jeg kanskje har angst også". Tatt selvtester.	Kontakt med barnevern da hun fikk store atferdsproblemer. Dette etter periode med stor konflikt mellom mor og far. Bor på hybel. Beskriver kontakt med PPT, fastlege, helsesøster og familievern.
15	Gutt 13 år	Litt uklar angående psykisk helse - de rundt han har villet at han skulle gå til BUP, men han har ikke vært interessert i det.	Kontakt med barnevern siden 2018. Beskriver at han ble «kidnappa av barnevernet». Bor i fosterhjem. Følgende har vært involvert: BUP, familievernkontor, politi. Følte seg tvunget til å gå til BUP. Var på BUP 3-4 ganger. Ville ikke prate med dem eller ha noe med dem å gjøre.
16	Gutt 15 år	Sier han har ingen spesielle helseproblemer.	Hatt kontakt med barnevern i om lag fire år. Bakgrunnen var bekymringsmelding, og at han «måtte flytte hvis ikke mamma og pappa forbedret seg».
17	Jente 13 år	Sliter psykisk med «tanker og selvsykdom».	Barnevern involvert siden hun ble født. Hun har tilbud om å prate med BUP siden «jeg har bare pratet med helsesøster på skolen». Vil ikke snakke med barnevern fordi «de var grunnen til at jeg ble flyttet hit». Bor i fosterhjem.
18	Jente 15 år	Beskriver at helsa er «ganske så bra akkurat nå», men har (hatt) spiseforstyrrelse.	Har hatt kontakt med barnevern i litt over ett år, og har kontakt en til to ganger i måneden. Fikk først hjelpetiltaket MST-CAN. God kontakt med fastlegen. Fastlegen sendte henvisning til BUP på grunn av spiseforstyrrelsen etter at



			hun «ba på sine knær». Fikk etter hvert behandling i BUP. Går der hver annen uke. Avgrenset tidsperiode i BUP. Skal etter det over i kommunen, barne- og familietjenesten.
19	Jente 19 år	Har fått påvist PTSD, noe som har påvirket dagliglivet hennes veldig - med tankesurr og stress, lite søvn, sterke reaksjoner, orket ikke noe.	Har hatt kontakt med barnevern i om lag tre år. Bor med fosterforeldre. Barnevernet sørget for at hun ble henvist til BUP. Gikk der et års tid, en gang i uken. «Det hjalp litt i starten» (..) ha noen å prate med, få ut alle mine følelser». Kom til et punkt der hun ville jobbe med meg selv. «Ønsket fremgang». Fikk etter hvert ikke utbytte av samtale. Snakket mye med helsesøster når hun gikk på videregående - når hun hadde det tungt, og når hun først kom seg på skolen.
20	Jente 17 år	PTSD siden hun var i sjuårsalder. Beskriver at det «har ikke plaget meg så veldig mye før nå i det siste» - at hun «ikke bare kan legge det under en stol, at det må fram». Drevet en del med selvsykdom. Beskriver sinneproblemer.	Hatt kontakt med psykolog og BUP, både da hun var yngre og henvist på grunn av selvsykdom, og senere. Hadde samtaler med helsesøster i tiende klasse. Kontakt med fastlege. God kontakt med kontaktlærer. Også en god kontakt i en ekstern veileder (ikke barnevernet) som kommer til familien og veileder hver annen uke. Hatt kontakt med barnevernet så lenge hun kan huske «livet mitt består av barnevernet, føles det ut som». Har bodd på institusjon tidligere. Bor nå hos fosterfamilie.
21	Jente 19 år	Beskriver at hun har «veldig mye forskjellig»; angst og depresjon, ADHD, antisosial personlighetsforstyrrelse, rus. Beskriver at en oppvekst som hun har hatt «gjør jo at man får mange ulike reaksjoner».	Barnevernet har vært inne i bildet siden hun var liten. Etter vern nå, og snakker med barnevern to ganger i måneden. Hatt kontakt med BUP – ville det ikke. Vært innlagt flere ganger. Ellers hatt kontakt med PPT, helsesykepleier på skolen. Flyttet i fosterhjem som tenåring. Siden hun var 15 har hun bodd på institusjoner – både akutt, på omsorg, på atferd «alt sammen».
22	Jente 18 år	Beskriver at hun fikk ADHD tidlig, senere anoreksi og bulimi, borderline, bipolar, depresjon og kronisk suicidalitet, dissosiativ lidelse, «og sikkert flere». Vært borti rus. Flere overdoser.	Kontakt med barnevern siden før hun ble født, og besøkshjem fra hun var bitteliten til foreldreveiledning og fosterhjemsplasseringer og flere institusjonsplasseringer på ulike steder i landet (med stor avstand mellom). Har ettervern nå. Vært på BUP, både poliklinisk behandling (med mange behandlere), innleggelse inkludert akuttinnleggelse. Også somatiske akuttinnleggelse ved overdoser. I kommunen har hun også hatt kontakt med familietjenesten og helsesykepleier, PPT, støttekontakt.
23	Jente 20 år	Har epilepsi, og sliter veldig med det i perioder, sier hun er ok nå. Beskriver at hun har «har strevd en del», men at psykisk helse er «bedre enn på ganske mange år.»	Hatt kontakt med barnevern fra hun var 14. Flyttet da på barnevernsinstitusjon. Etter det bodd på akutt, på omsorg, på rus, atferd - bodd på det meste, men mye institusjon – og rundt om i landet. Også hatt lengre innleggelse i psykisk helsevern. Er på ettervern nå.
24	Jente 19 år	Fysisk helse fin. Opp og ned med psykisk helse. Har PTSD, dissosiativ lidelse, og tilknytningsforstyrrelse. Har også hatt andre diagnoser, men føler at de ikke var riktige. Problemer med rus.	Kontakt med barnevern i om lag fire år. Vært på forskjellige institusjoner i disse årene. Er nå på ettervern i form av at barnevern betaler leie der hun bor. Hun bor alene. Har poliklinisk rusbehandling nå, men dropper ut. Har flere ganger droppet ut av behandling. Har også vært innlagt på somatisk sykehus grunnet rus og selvsykdom. Kontakt med ruskonsulent i kommunen.
25	Jente 17 år	Psykisk helse har vært "ekstremt dårlig tidligere". Har slitt veldig mye veldig lenge. Anoreksi i en lang periode, alvorlig selvsykdom og selvmordsforsøk. Har ADHD, som de fant ut etter hvert. Litt rus og litt selvmedisinerer.	Kontakt med barnevern siden hun var liten. Mange bekymringsmeldinger i barnehagetida og barneskolen og oppover. "Men de tok liksom ikke tak i det før jeg var 14". Bodd på 3-4 forskjellige institusjoner de siste par år. Både behandlingsinstitusjon og atferdsinstitusjon. Bor hjemme hos foreldre akkurat nå. BUP en til to ganger i uka. Kontakt med BUP fra 12-13 års alder. Flere sykehusinnleggelse i forbindelse med overdoser. Legevakt, ambulans, politi. Opplevd tvang.
26	Jente 19 år	Fysisk sprek, men mye angst i kroppen. Psykologen hennes har ikke satt noen	Kontakt med barnevern fra hun var 3,5 år, og flyttet til fosterfamilie. Dette skjedde ganske akutt. Siden det har hun



	diagnose, men sier at hun sliter med PTSD, angst og depresjon. Dette går ut over fysiske helse også. Sliter mye med lavt stoffskifte, svimmel. Mange problemer, men det verste nå er angst: veldig urolig i kroppen, verker i ledd, veldig kvalm om kvelden fordi hun «hele tiden er i fare-modus». Og har mye vondt i hodet.	bodd overalt, hatt de fleste tilbud inkludert beredskapshjem. Bor i hybelleilighet. Hadde psykolog for en liten stund siden. Hadde kontakt med BUP da hun var yngre, Barnehuset (snakk om overgrep), Kontakt med chattetjenester - Ung.no og SOS.
--	---	---

Tabell 3-3 over viser at de fleste barna og ungdommene i utvalget beskriver psykiske helsevansker, og det dreier seg om hele spekteret av vansker og diagnoser. Mange sier de har ADHD, depresjon, angst og PTSD, og mange at de har spiseforstyrrelser. Flere har selvmordstanker, og flere driver med selvskading. Noen få har psykoselidelser. En del beskriver stress, konsentrasjonsproblemer og dårlig søvn. Det er også få som forteller at de har erfaringer med rus. Når det gjelder fysisk helse, er det vesentlig færre problemer. Svært få beskriver fysiske helseplager, men da som hodepine, problemer med rygg og nakke. I tillegg til beskrivelse av egen helsesituasjon forteller de fleste informantene om familiesituasjonen, og flere forteller om en vanskelig oppvekst med brutte relasjoner, mangel på omsorg og traumatiske hendelser.

Når det gjelder involverte hjelpetjenester, beskriver barn og unge kontakt med et mangfold av tjenester. De fleste har vært i kontakt med BUP. Flere har hatt kontakt med spesialiserte team i spesialisthelsetjenesten (for eksempel for traumebehandling, spiseforstyrrelser m.m.). Noen har fått videre oppfølging av DPS etter at de har fylt 18 år. Mange har hatt kontakt med helsesykepleier og svært mange har hatt kontakt med PPT. Ellers nevnes fastlegen, psykisk helsehjelp i kommunen, familievernkontor, barnevernet og somatisk sykehus, som tjenester som har vært involvert i helsehjelp de har mottatt.

3.3 Tilgang til helsehjelp når den trengs

Opplever barn og unge i barnevernet at de får den helsehjelpen de trenger, og når de trenger det?

Barn og unge i barnevernet forteller om utfordringer knyttet til å få helsehjelp når de trenger det. I særlig grad dreier dette seg om hjelp for psykiske helseutfordringer som preger og begrenser de unges hverdagsliv. De unge identifiserer barrierer som at det kan være vanskelig å be om hjelp, det er høy terskel for å få tilgang til ønsket hjelp og at ulike brudd og overganger vanskeliggjør å etablere eller opprettholde hjelp. Trygge relasjoner, fleksible og mangfoldige tjenester, hjelp som tar hensyn til de unges hverdagsliv og medvirkning beskrives av de unge som faktorer som gjør hjelpen tilgjengelig og nyttig. Barn og unges beskrivelser avdekker at det gjennomgående går en stund før hjelpen de trenger er på plass. Dette skyldes flere forhold.

3.3.1 Barrierer for å be om hjelp

Flere forteller at de er redde for å være til bry og belastning, eller at de skal ta opp plassen til andre som trenger hjelpen mer enn dem selv. At andre skal bli skuffet over dem fordi de ikke håndterer problemer i livet uten å måtte be om hjelp, var også en grunn til at de vegret seg for si i fra at de trenger hjelp. Veier inn til hjelpen ble av mange beskrevet som utfordrende.

De fleste barn og unge som deltok i denne studien har en eller flere psykiatriske diagnoser. Likevel tviler flere på om de har store nok vansker til at de har rett på hjelp. I stedet for å ta kontakt, går de lenge og bærer på problemene alene, i håp om at det vil gå over etter hvert, eller at de kan håndtere det selv.

Jeg er en sjenert person, jeg liker ikke å gjøre så mye ut av meg. Jeg føler at det er andre som har mer behov for hjelpen enn meg, da, at jeg tar plassen deres. Jeg vil ikke føle meg til bry. Jeg vil ikke

bruke deres tid på meg, fordi jeg liksom aldri har følt at jeg fortjener på en måte det. Det har liksom egentlig vært sånn at jeg vil ikke forstyrre dere.

Flere beskriver at de unngår å ta kontakt fordi de er redde for at venner eller foreldre skal få vite om det. Særlig er de redde for å bli utstøtt og stigmatisert av venner. Å be om hjelp kan gi en opplevelse av å ikke fikse noe alle andre fikser selv: å ha det ok i sitt eget liv. Datamaterialet viser at barn og unge i studien vil være 'normale' og som 'alle andre', og ikke være en som skiller seg ut ved å måtte ha hjelp til å fikse livet.

Det å spørre om hjelp er liksom et tegn på svakhet. Og det er vanskelig. Det tok meg lang tid før jeg kontaktet utekontakten egentlig. Jeg tror det hadde gått et år eller noe sånt, siden jeg først tenkte på det. Det var veldig sånn bare «nei», det trenger jeg ikke, jeg klarer det på egenhånd.

Den samme ungdommen bak dette sitatet, beskriver også at da han endelig tok kontakt, gikk det lang tid før han fortalte det hjemme. I stedet for å fortelle at han kom senere hjem fordi han fikk hjelp for ting han strevde med i livet sitt, sa han at han var sammen med venner eller var andre steder etter skolen.

Sånn som jeg har det i min familie, så er det ganske vanskelig å fortelle sånt. Jeg hadde fått hjelp i ett år før noen av foreldra mine fant ut av det.

Mange av de unge i studien har mottatt hjelp som på et tidspunkt har blitt avsluttet, fordi ting går bedre, og det er vurdert at de skal prøve seg uten hjelpen. Å be om hjelp på nytt, etter en periode der ting har gått bedre, kan være veldig vanskelig. Det kan være forbundet med skam, og en følelse av å svikte, og at man ikke greier å følge opp det hjelperne og de selv var enige om. En ung jente forteller at hun fikk 'tilbakefall' av sine psykiske plager en stund etter at hjelpen var avsluttet:

Da ble det så vanskelig å be om hjelp på nytt. Da skammet jeg meg veldig og tenkte at det skulle gått bedre og at jeg ødelegger veldig fordi jeg gir folk forhåpninger om at nå blir det bedre, og så skuffer jeg dem ved å ikke klare å følge opp. Så det har kanskje vært vanskeligst.

Selv om unge er inne i et hjelpesystem, viser flere av intervjuene at en del opplever hjelpen som utilgjengelig. Noen hjelpeinstanser opplevdes vanskelig å få kontakt med dersom de unge trengte kontakt utenom avtalt tid. I perioder med lengre, og noen ganger avtalt opphold i hjelpen, kunne det også være vanskelig å ta kontakt om det ble behov for det. I særlig grad gjaldt dette i forbindelse med hjelp fra BUP. Mange unge fortalte at de vegrer seg for å ringe og snakke i telefon, som ofte er den kanalen de må bruke om de skal komme i kontakt med hjelpere.

Jeg synes SMS er lettest. Jeg er nesten litt redd for å snakke med folk på telefon, så jeg tror kanskje det er mitt største problem. Jeg tør nesten ikke ringe terapeuten på telefon. Da må jeg først ringe på et kontor og så kan jeg kanskje få snakke med terapeuten min. Ringing er skummelt. Det skal mye til før jeg begynner å ringe til noen. Hvis jeg bare kunne sende meldinger eller sånn....

Terskelen for å ringe 113 utenom poliklinisk kontortid ble opplevd som uoverstigelig høy. Det samme kunne gjelde for lavterskel hjelpetelefoner.

Når det er krise så synes jeg det er veldig vanskelig å ringe til noen jeg ikke vet hvem er og ikke stoler på og kjenner og sånn da.

3.3.2 Høy terskel for hjelp i BUP - og behov for alternativ

Høy terskel og lange ventelister for å få hjelp rapporteres også hyppig som barrierer for å få tilgang til helsehjelp. Når de unge først sier ifra om at de trenger hjelp, er det vanskelig å få tilgang til hjelpen fordi nåløyet er så trangt. Noen unge må kjempe lenge for i det hele tatt å bli henvist videre fra fastlegen. De opplever at de ikke blir tatt på alvor når de sier at de trenger hjelp utover det å snakke med kontaktperson i barnevernet eller med fastlegen. En ungdom forteller at han nesten ga opp:

Jeg fortalte barnevernet og fastlege at jeg trengte hjelp med problemene mine. Jeg måtte kjempe lenge for det. Det var veldig vanskelig, jeg følte jeg måtte gi opp etter hvert.

Mange unge forteller om et spesifikt ønske om å få hjelp fra BUP. De har tillit til at psykologer eller leger har en særlig kompetanse til å forstå dem og hjelpe dem. Noen formidler at de har hatt kontakt med lavterskeltilbud i kommunen, uten at det har vært tilstrekkelig hjelpsomt. De har et håp om at BUP er det stedet de kan få rett hjelp. Det oppleves tungt å få avslag på henvisningen til BUP. De unge beskriver det som å ikke få tilgang til den hjelpen de føler de trenger, fordi problemene ikke blir anerkjent som alvorlige nok av de som vurderer henvisningen. Som en sa:

BUP har ikke tid til deg om du ikke truer med å ta livet ditt. Man føler seg nedprioritert.

Enkelte unge har opplevd at fastlegen var deres allierte og sto på for dem for at de skulle få den hjelpen de ønsket. Det hjelper å føle at noen gir litt ekstra, og ikke gir seg i første omgang. Det oppleves som en anerkjennelse at fastlegen er på 'samme lag' som den unge:

Jeg følte meg veldig hørt av han- vi ble veldig flinke sammen da. Vi ble skikkelig sinte sammen og ble sinte på systemet, og det var sånn at han var helt enig. Det synes jeg var litt deilig da, at vi kunne sitte å være enige liksom om at byråkratiet er dritt noen ganger.

Flere av de unge savnet alternativ til BUP, både fordi det var så høy terskel for å få hjelp fra BUP og fordi BUP uansett er et tidsavgrenset tilbud. En annen viktig og praktisk terskel var der det var avstand til BUP som gjorde at man måtte reise. En ungdom foreslo at helsehjelpen burde være tilgjengelig på skolene:

Jeg ønsker at det må bli flere alternativ til BUP, at det må bli flere helsesykepleiere og psykologer og sånn tilgjengelig på skolene, at de har tid, at de er der hver dag. På verdensdagen for psykisk helse så roper de «be om hjelp»! Men om man ikke har noen å be om hjelp til, så kan man ikke be om hjelp.

Enkelte unge ønsket også alternativ til BUP fordi de opplevde hjelpen de fikk der som lite relatert til deres hverdagsliv. Fokuset på diagnoser og utredninger kom i veien for å snakke om det de var opptatte av og strevde med. En av de unge, som har fått hjelp fra BUP, beskriver at han ikke fikk hjelp til å takle hverdagslivet, og sa videre: *Jeg har ikke opplevd at noe har vært til hjelp på lang sikt. Og BUP har gjort noen ting verre.* En ungdom, som opplevde hjelpen som lite relevant, beskrev dette:

Jeg hadde mye kontakt med BUP, men det eneste de tilbyr er lite hjelp akkurat nå. De snakker litt om søvnrytme (...) også snakker de om medisiner, og det er ikke akkurat jeg så stor fan av. Jeg kunne trengt en psykolog som ikke snakker om alt det der, men fokuserer mer på hva jeg burde fokusere på da. (...) Det er snakk om medisin, oppfølging av medisinene, se om det har bieffekter, se om det virker...

Enkelte opplevde at de ble møtt med manglende kunnskap og kompetanse på det som har vært deres problemer. En ung jente sa: *Jeg har liksom følt at jeg har hatt en behandler som har vært veldig lite handlekraftig (...). BUP har egentlig aldri fungert så veldig bra.*

Flere som hadde mottatt hjelp fra BUP, og som hadde tilbud om å fortsette eller få hjelp fra BUP igjen, avslø selv å ta imot hjelpen derfra. En ungdom fortalte: *Så når jeg flyttet i dette nye fosterhjemmet, så bestemte jeg meg for å ... jeg fikk tilbud om å dra til BUP her, men jeg ville ikke. Fordi jeg følte ikke ... ja, at det hjalp da.*

3.3.3 Sårbare overganger kan bli barriere for videre hjelp

Brudd i hjelperelasjoner, enten fordi personer slutter i jobbene sine eller fordi de unge blir flyttet til fosterhjem eller institusjon et annet sted, betyr noen ganger at dette blir et hinder for videre hjelp. Noen velger å ikke begynne hos ny behandler når de flytter til et annet sted. Det kan oppleves krevende å begynne på nytt, å fortelle sin historie på nytt, bli kjent med og få tillit til en ny person. En ungdom forteller at hun fikk tilbud om å fortsette på BUP på det nye stedet hun flyttet til.

Så når jeg flyttet i dette nye fosterhjemmet, så bestemte jeg meg for å ... - jeg fikk tilbud om å dra til BUP her, men jeg ville ikke.

Overgang fra BUP til DPS, eller i forbindelse med psykiatrisk døgnopphold, kan også utgjøre sårbare overganger. Det å avslutte behandling og oppfølging fra helsetjenestene kunne oppleves som en vanskelig overgang, og var ikke alltid etter de unges egne ønsker. En ungdom, som syntes det var vanskelig å stole på andre, gikk til en behandler i BUP som han etter hvert fikk tillit til. Han skulle gjerne hatt mulighet til å fortsette samtalen:

Det gjorde jo litt vondt, for jeg hadde bygd opp et lite forhold og det var koselig å dra dit, så var det sånn – Ja, ha det, da. Snakkes aldri igjen, spør om du kommer tilbake. Jeg håper sånn sett ikke at jeg kommer tilbake, men- Jeg kunne egentlig fortsette. Det er den følelsen at, ok, nå har jeg bygget opp et forhold med en person som faktisk vet om ting inn i hodet mitt og som kanskje hjelper. I en sånn situasjon som jeg da satt i så hadde det vært fint og bare kunne snakke om ting uten å nødvendigvis få en diagnose på det.

3.4 Hva er viktige tjenester?

Hvilke helsetjenester vurderes som viktige, og hva har betydning for at tjenesten vurderes som viktig?

Ungdommene i denne studien har svært ulik bakgrunn og ulike behov for oppfølging av helsetjenester. I all hovedsak er det psykisk helsehjelp det er behov for, ifølge de unges beskrivelser. Det fremkommer lite behov for helsehjelp for somatiske helseproblemer. Noen beskriver svært omfattende behov for (psykisk) helsehjelp, og har mottatt hjelp fra mange instanser og spesialiserte team. Noen få hadde ikke noe uttalt behov for helsehjelp på det tidspunktet de ble intervjuet, men de hadde mottatt helsehjelp tidligere. Selv om det var stor variasjon i type og mengde hjelp, så hadde alle mottatt helsehjelp, i en eller annen form, for sine helseutfordringer. De fleste ungdommene hadde utstrakt erfaring med et utall helse- og velferdstjenester både på kommunalt- og spesialisthelsetjeneste nivå. Flere var usikre på hvilke tjenester de faktisk har hatt kontakt med. Brudd i behandler- og hjelperelasjoner på grunn av at de unge flyttes til nye omsorgsbaser eller at fagpersonene bytter jobb eller er i permisjoner, har ført til stadige skifter i hjelpere. De unge har møtt et helt spekter av fagpersoner som: fastlege, helsesykepleie, psykolog, familierapeut, psykiater, musikkterapeut, ernæringsfysiolog, ruskonsulent, spesialpedagog osv. Ungdommene i studien er lite opptatt av hva hjelpen heter, og hvilket omsorgsnivå den hører til. Det som betyr noe, er at de får hjelp når de trenger det og at hjelpen oppleves nyttig. Hvilke tjenester som vurderes som viktige av de unge, avhenger av hvilke tjenester de har hatt tilgang til og den erfaringen de har gjort seg med de ulike tjenestene de har fått hjelp fra.

3.4.1 Spesialisthelsetjenester

De unge vi har intervjuet trekker frem flere spesialisthelsetjenester som har vært involvert i deres liv. BUP er involvert hos de fleste unge som er informanter i denne studien. Ungdommene er av den oppfatning at psykiske problemer behandles i BUP og at det derfor er naturlig å henvende seg til BUP for hjelp. Noen har gått videre til voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) etter fylte 18 år. Noen få har også vært i behandling hos rus poliklinikk, og flere har vært innlagt på psykiatriske sengeposter. Somatiske helsetjenester, som sykehus og ulike somatiske spesialisthelsetjenester, er benyttet av svært få av våre informanter. Videre har enkelte hatt kontakt med ulike spesialistteam i psykisk helsehjelp, som FACT (Flexible Assertive Community Treatment / “fleksibel aktiv oppsøkende behandling”), Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), spiseforstyrrelsesteam og avrusningsklinikk. En ungdom fortalte for eksempel at hun har vært innlagt på mange ulike psykiatriske avdelinger rundt om i landet:

Syv forskjellige avdelinger. Jeg har vært på BUP veldig mange ganger rundt i Norge. Og jeg har vært på sånn der ... Ah, hva er det det heter? Sånn TIPS liksom.

Andre fortalte at ulike tjenester og hjelpere ble koblet på som følge av kompleksiteten i deres hjelpebehov. En jente fortalte hvilke tjenester som skulle hjelpe henne:

I starten så gikk jeg bare i samtaler og så ble jeg innlagt på sånn BUP akutt psyk, og så har jeg senere fått hjelp av et anoreksisenter. Så har jeg vært på den akutte avdelingen, der var jeg jo flere ganger da. Så var det litt forskjellige personer jeg fikk, som var behandleren min. Det er litt forskjellige leger. Så har jeg- der var det BUP, her og har fått hjelp av en annen BUP og fått litt helsehjelp fra ulike..... Det er ikke en ernæringsfysiolog til hver BUP, jeg vet ikke om det er vanlig en gang, jeg... ellers så er det fastlege, andre helsesykepleiere.

3.4.2 Kommunale helsetjenester og lavterskeltilbud

Mange av ungdommene vi snakket med hadde oppsøkt og mottatt hjelp fra kommunale helsetjenester og lavterskeltilbud, som; kommunalt psykisk helseteam, psykisk lavterskeltilbud for unge, utekontakten, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom og fastlege.

Alle ungdommene kjente til skolehelsetjenesten og mange forbandt det med vaksinasjon og somatisk oppfølging. De fleste ungdommene hadde ikke erfaring med å ha tett oppfølging av skolehelsetjeneste. Imidlertid fortalte noen ungdommer at de hadde hatt mye kontakt med helsesykepleier på skolen og opplevde det som positivt. En formulerte seg slik: «Ja, helsesøsteren på skolen likte jeg. Jeg var mer der enn jeg var i timene.» Ungdommen som hadde hatt kontakt med helsesykepleier, holdt frem tilgjengeligheten som en fordel ved tjenesten og flere hadde bare stukket innom ved behov:

I starten da mamma og pappa skilte seg, da dro jeg veldig ofte til helsesøsteren min. Dette var jo da på barneskolen. Hun også likte jeg veldig godt. Så dit dro jeg veldig ofte.

Flere unge pekte på manglende lavterskel tilbud i kommunen eller at de ikke hadde informasjon om dette. Et par ungdommer fortalte om lavterskel tilbud i kommunen som de opplevde som svært godt. De fremhevet det som positivt at det var et tilbud ungdommene bare kunne stikke innom når de trengte det og som ikke trengte henvisning. En ungdom beskriver hva han kunne ønsket seg at var tilgjengelig i sin kommune:

Hvis jeg hadde hatt noe tilbud som var litt mer sånn - ikke nødvendigvis så ren terapi, men mer sånn lavterskel... altså mer sånne samlingssteder, der det var noen å snakke med. Men ikke nødvendigvis at "nå kan du gå inn alene til en terapeut", men at det var mer sånn miljø hvor du kunne få snakket med noen, hvis du ville.

En annen ungdom som ønsker alternativ til BUP, peker på skolen som arena for å få hjelp:

Jeg ønsker at det må bli flere alternativ til BUP, at det må bli flere helsesykepleiere og psykologer og sånn tilgjengelig på skolene, at de har tid, at de er der hver dag og har tid.

Kommunal psykisk helsehjelp til unge er lite fremtredende i vårt materiale. Det kan blant annet handle om at kommunen ikke har en spesifikk psykisk helsetjeneste for unge og at hjelpen er mer generell og inngår i et samlet tilbud på helsestasjon for unge. Det kan også handle om at et eksisterende tilbud ikke er kommunisert godt nok ut til de unge innbyggerne i kommunen. En ung gutt fortalte om erfaringer med et tilbud om psykisk helsehjelp for unge i kommunen, som fremstod som lite målrettet. Han opplevde at han måtte gjenta historien sin på nytt hver gang, til tross for at det var den samme hjelperen han møtte:

Og hver gang jeg var på sånne møter der, så tok vi det opp nesten helt fra starten av og måtte begynne helt på nytt, og det gjorde meg litt irritert.

Fastlegen

Flere av ungdommene hadde flyttet ofte, og hadde svært liten kontakt med fastlegen sin. Imidlertid var det også en del ungdommer som fortalte at de opplevde at fastlegen var en viktig hjelper som stod for kontinuitet og et sted man kunne ta opp ulike typer plager og sette dem i sammenheng:

Altså jeg har hatt en fastlege siden så lenge jeg kan huske. Han samme, og alltid vært veldig glad i fastlegen min. Vært skikkelig fornøyd, og mamma har den samme og lillebrødrene mine har den

samme. Og så pensjonerte han seg. Og da ble jeg faktisk veldig lei meg. Fordi jeg var såpass komfortabel med fastlegen min og synes det var veldig koselig å være der liksom. For eksempel en gang så nesten bare var det for å snakke liksom. Så var det liksom, vet du hva, den her trenger du ikke betale for. Det var veldig koselig. Så han har jo liksom vært med opp gjennom. Nå har jeg fått en ny en, nå nylig, og der har jeg bare vært en gang og er egentlig ikke så veldig fornøyd med hun. Hun er litt sånn igjen at hun ikke forstår noen ting. Minner meg litt om barnevernet.

En annen forklarte:

Han (fastlegen) er veldig opptatt av at hodet henger fast på kroppen og at det ikke er to separate deler. Jeg ble veldig hørt. Vi ble veldig flinke sammen.

Flere fortalte at fastlegen hadde spilt en sentral rolle, fordi fastlegen hadde henvist til andre instanser, og var et knutepunkt. Noen ungdommer hadde hatt hyppig kontakt og samtaler med sin fastlege og opplevde det som støttende.

En jente fortalte om fastlege sin: han er veldig... gjør ting ordentlig, og det virker som at han bryr seg om pasientene sine. Jeg er ikke der så ofte nå, men før var det kanskje sånn to til tre ganger i måneden. Det var ganske ofte.

4.4.3. Andre velferdstjenester, hjelpetelefoner og skolen

De unge vi har snakket med har også erfaring med oppfølging fra ulike velferdstjenester som pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), familievernkontor, barnehuset og utekontakt. Enkelte ungdommer har hatt kontakt med hjelpetelefoner som Kirkens SOS, Mental Helse og Røde Kors.

Svært mange av ungdommene hadde hatt kontakt med eller oppfølging av PPT. Selv om ikke dette er en helsetjeneste, fremstår den som en tjeneste som er involvert i nærmest alle ungdommenes liv. Ungdommene gir lite beskrivelser av hvordan PPT fungerer, men trekker frem at de deltar på møter eller var involvert i utredning av lærevesker. En ungdom fortalte om sin erfaring med PPT:

«Jo, jeg har vært der, ja for dysleksi og sånn, men der også var det sånn at jeg var ferdig når jeg fikk dysleksi diagnosen. Da var jeg ferdig og så snakket jeg ikke med dem igjen»

PPT er en tjeneste som er til stede, men på en mer distansert måte, ifølge de unges beskrivelser. De unges erfaringer med PPT er ikke dårlige, men bærer mer preg av å være diffuse og sånn sett ikke en tjeneste de unge selv beskriver som viktig for dem. En ungdom forteller:

PPT har vært i bildet ganske lenge. Det har vært helt greit. Jeg husker ikke så mye av de samtalen der. De pleier å sitte bak i klasserommet og følge med.

Hjelpetelefonene ser ut til å være et tilbud ungdommene bruker i mangel av annen hjelp eller i tillegg til annen hjelp:

Røde Kors eller hva det heter. Det har jeg tatt i bruk da når jeg har vært i krise og ikke har hatt noen andre å prate med.

Enkelte unge syntes det var vanskelig å stole på at hjelpetelefonen var anonym og det kunne føre til at de avbrøt samtalen. En ungdom beskriver:

Det har vært ganske stressende, for hvis jeg har sagt ... Jeg har jo ikke gitt ut noen informasjon om meg, men når jeg beskriver hva som har skjedd og slikt, og de ber om at jeg tar kontakt med legevakten og slikt, så blir jo jeg utrolig bekymret for at de har funnet ut hva jeg heter, hvor hen jeg bor og slikt, så da har jeg alltid lagt på, for da har jeg alltid fått sånn skikkelig klump i magen da; «Nei, nå finner de ut liksom alt».

Noen opplevde at det var utfordrende å bli virkelig lyttet til av hjelpetelefonen når de var under 16 år, fordi de som var i andre enden av hjelpetelefonen spurte etter foreldrene og ønsket å snakke med dem:

Jeg ringte jo en gang, husker jeg, men da spurte dem om hvor gammel jeg var og da spurte dem om dem kunne få snakke med foreldrene mine. Og da la dem på sånn tre sekunder etterpå, fordi at pappa sa til dem at «Hun gjør det bare for at hun ikke får det hun ville» og så la dem på. Så da ble det sånn at jeg ble dratt ned i mitt eget hode.

Skolen fremstår som en svært viktig arena for ungdommene, som har betydning for hvordan de har det. Selv om skolen i utgangspunktet ikke er en helsetjeneste, kommer det frem hvordan lærere og skolemiljøet er vesentlig for elevenes psykiske helse. Flere fortalte om lærere og andre ansatte som var engasjert i de unges liv. Lærere som kjente til det de strevde med, som så dem og spurte om hvordan det gikk med dem og som viste at de brydde seg, var for flere av ungdommene helt avgjørende for å komme seg gjennom skoledagen. En ungdom fortalte:

Hvis jeg har en dårlig dag og kjenner på mye angst på skolen, så forteller jeg det til læreren min. Sånn at hun vet hvordan jeg har det. Vi har en sånn avtale. Alle på skolen hjelper meg med å tilrettelegge så jeg kan greie å komme gjennom videregående. De er den viktigste hjelpen jeg har.

Skolen er et sted der de treffer vennene sine og der mye av det sosiale livet til de unge utspiller seg. Flere unge snakket om det å ha venner og å være sammen med venner som den mest betydningsfulle støtten de hadde i livet sitt. En ungdom fortalte om hvor viktig skolen er som sosial arena og hvor viktig vennene er for hvordan hun har det:

På skolen treffer jeg venner. Venner får meg til å gå fremover i stedet for å stoppe opp. Jeg har venner som holder meg oppe hvis jeg faller. De er der uansett. Jeg stoler enda mer på dem enn på leger.

Samlet sett kan vi si at våre funn viser at ungdommene har svært ulike erfaringer med ulike tjenester, og det er ikke mulig på bakgrunn av studiens funn å fremheve hvilke tjenester som oppleves som spesielt viktige. Det er slående hvor mange tjenester ungdommene har kontakt med og hvor mange personer de har måttet forholde seg til i hjelpeapparatet. På tvers av ulike tjenestenivå er det allikevel en del fellestrekk som kjennetegner tjenester og hjelpere de har opplevd som hjelpsomme. Ungdommene fremhevet tjenester som kjennetegnes av gode relasjoner med hjelperne, tilgjengelighet, god informasjon og godt samarbeid som noe de setter pris på. Skolen, som ikke er en helsetjeneste, fremheves som en svært viktig arena for psykisk helsehjelp.

3.4.3 Barnevernet kan være viktig i helsehjelp til barn og unge

Datamaterialet vårt viser at også barnevernet kan være en viktig aktør når det gjelder helsehjelp til barn og unge. Mange av de unge vi har intervjuet nevner barnevernet som viktig i forhold til hjelp med sine bekymringer og psykisk strev. Flere trekker frem saksbehandleren sin som en viktig person de kan kontakte når de har det vanskelig. Barnevernet kan se ut til å fungere som en buffer for de unges psykiske helseproblemer, særlig i fravær av annen psykisk helsehjelp. En ungdom forteller:

Jeg har hatt det vanskelig og sånn med relasjoner før, så jeg synes at det blir litt vanskelig nå også. Så jeg prøver å øve meg på å si fra rett til fosterforeldrene mine, men ja.... det blir som oftest sånn at jeg ringer til hun som er i barnevernet.

Barnevernet kan, i samarbeid med de unge og eventuelt foreldre/fosterforeldre, henvise til BUP. De kan også gi tilbud om samtaler med de unge sammen med foreldre/fosterforeldre for å bidra til at de unge får bedre støtte hjemme. I noen tilfeller opplevde de unge at barnevernet ble en belastning for deres psykiske helse, og at det var knyttet store frustrasjoner til deres erfaring med barnevernets håndtering eller manglende håndtering av deres sak.

3.5 Trygg og nyttig hjelp

I hvilken grad opplever barn og unge at hjelpen gis på en trygg måte, og opplever de hjelpen som nyttig?

Barn og unge i denne studien beskriver at det å oppleve hjelpen som trygg er grunnleggende for at de ønsker å ta imot hjelpen og for at hjelpen oppleves nyttig. Trygg og nyttig hjelp henger på mange måter sammen, slik de unge beskriver med sine erfaringer. Skal hjelpen være nyttig, forutsetter det at de føler seg trygge i hjelperelasjonene og i de omgivelsene der hjelpen gis.

Trygge relasjoner og omgivelser som bidrar til trygghet løftes frem som viktig, men det er ikke entydig hva de unge sier om hva som er nyttig hjelp. Det er likevel noe som peker seg ut som vesentlige kvaliteter ved hjelpen for at den skal oppleves hjelpsom og nyttig. Med utgangspunkt i de unges beskrivelser, kjennetegnes nyttig hjelp av at den er mangfoldig og relaterer seg til de unges hverdagsliv. Videre er det viktig at hjelpen er frivillig og tar utgangspunkt i de unges behov.

3.5.1 Trygge relasjoner er avgjørende

En trygg relasjon til hjelperen er grunnleggende for at hjelpen skal kunne være nyttig. Dette er gjennomgående i de unges beskrivelser, og må understrekes som en helt avgjørende kvalitet ved trygg og nyttig hjelp til barn og unge. En ung gutt beskriver det veldig tydelig:

Altså, det er jo veldig mange som er sånn «snakk med BUP om dette» eller «det her har ikke jeg kompetanse til å snakke om». «Du må gå til noen andre». Bare «oi, det var viktig at du sa, men snakk med den personen her om det», sant, også er det jo ikke sånn ungdom funker. For de vil jo egentlig snakke med noen de er trygge på. Så hvis de hører at den eneste du kan snakke med er BUP liksom. «BUP det er løsningen!», eller at man hører liksom at det er så bra da. At det er der man får hjelp når man har det vanskelig, så er det jo litt sånn ... Da må man jo dit på en måte. Men det er jo egentlig bare en løsning som er på en måte veldig sånn voksenlagd, fordi ungdommer og barn de vil jo egentlig snakke med folk de er trygge på.

Mange av de som delte sine erfaringer fortalte at de hadde vansker med å stole på andre, særlig voksne hjelpere. Flere fortalte om brutte relasjoner med omsorgspersoner og hjelpere. Mange er redde for at det de deler med én hjelper skal formidles videre til andre i systemet, og at de ikke har kontroll på om det deles, hva som deles og hvor det deles. Det å bygge tillit kan ta lang tid. En ungdom deler sin erfaring om hvor krevende det kan være å føle seg helt trygg på hjelperen og systemet:

Jeg er ikke så vant med trygghet og omsorg og sånt, men trygghet er liksom når du tør faktisk å gå til noen hvis du sliter og sånn, når du føler deg sikker på at dem ikke kommer til å sende det videre eller bare si det ut, liksom. (...) Jeg stoler på henne helt passe, liksom. Ikke veldig, men litt. Jeg har jo hatt henne i snart to år – hun har ikke sagt noe videre enda, så...

Trygghet fremmes av å bli møtt med oppriktig interesse og forståelse og å oppleve at hjelperen bryr seg «på ordentlig». En ung jente beskriver hvordan hun merket at behandleren på BUP brydde seg om hvordan hun hadde det: *Hun ville det beste for meg, og, altså, hun ville bare at jeg skulle få det bra og finne ut om det var noe gærent eller ikke, og hjelpe meg igjennom situasjonen.* En ung gutt som har noen dårlige erfaringer bak seg der han ikke opplevde å bli hørt og forstått, beskriver hvordan han endelig opplevde å bli møtt på en god måte i en annen tjeneste og hos en ny behandler:

Behandlerne der var liksom mye mer oppmerksomme, mye mer på, hørte etter. Jeg fikk en opplevelse av at de forsto hva det var jeg sa, og at de brydde seg. Der jeg var før, tror jeg de hatet jobben sin, de var ikke interesserte.

Noen unge forteller om opplevelser der de ikke har blitt tatt på alvor, men føler seg som et nummer i en rekke som ikke er verdt å lytte til eller bryr seg om. En ungdom som ved flere anledninger kontaktet

fastlegekontoret, forteller: *De oppførte seg som om de får tusen sånne meldinger hver dag, og ikke orker å gjøre noe med alle de meldingene, liksom.*

De unge forklarer at å bry seg på ordentlig handler om å ta barn og unge sine opplevelser på alvor ved å undersøke nærmere, og lete etter løsninger sammen. At hjelperen tar seg tid til å tenke over det de unge forteller, og inviterer de unge til å tenke sammen med hjelperen, og finne mulige løsninger sammen, styrker opplevelsen av å bli tatt på alvor. Frykten for at problemene skal bli bagatellisert og betraktet som mindre viktige slipper taket i møtet med en hjelper som anerkjenner de unges opplevelser som vonde og vanskelige. En ungdom deler sin erfaring med å bli tatt på alvor av sin behandler på BUP:

Hun gjør også ting veldig ordentlig, hun gjør ikke ting halvveis. Og hun går ordentlig innpå ting som faktisk man trenger å snakke om. Hun snakker ikke om ting som ikke er nødvendig å snakke om, på en måte. Hun spør meg først om hva jeg har lyst til å snakke om, og så har hun kanskje noen forslag til hva vi kan ta opp i løpet av den samtalen. Og så snakker vi litt om det, og så kan det hende at det ikke ble akkurat som vi tenkte fordi vi kommer på nye ting hele tiden. Men hun er veldig grei å snakke med, og hun tenker før hun snakker.

Trygghet fremmes der hjelperne har en tilnærming som støtter opp om en mest mulig likeverdig relasjon. Motsatt er trygghet truet der de unge opplever at det er stor avstand mellom dem selv og hjelperen. Flere unge som mottar hjelp fra spesialisthelsetjenesten, beskriver opplevelser der de føler seg utrygge og sett ned på. En av de unge beskriver:

På BUP, de behandlerne jeg har hatt... så har det vært veldig sånn at det blir veldig stor avstand mellom meg og behandleren, som gjør at jeg blir veldig utrygg på behandleren. De jeg har møtt her (en lavterskeltjeneste) er litt mer sånn løse og ikke så rake i ryggen... det blir ikke så ovenfra og ned på meg, men det blir litt sånn jevnt da at de også kan fortelle om seg og at vi sammen kan bli enige om ting..

3.5.2 Omgivelsene har betydning for opplevelse av trygghet

Ifølge de unges beskrivelser, har også omgivelser betydning for opplevelse av trygghet i møte med hjelpetjenester. Det å møte hjelper på mer uformelle arenaer, og i mer hjemmekoselige lokaler, bidrar til at det er lettere å senke skuldrene, slappe av og føle seg trygg. Det styrker trygghet at stedet har mindre institusjonspreg og ligner mer på steder de unge vanligvis oppholder seg og føler seg hjemme i. En ungdom forteller at han byttet fra en BUP til en annen, noe som innebar andre lokaliteter. Det gjorde noe med hvordan han opplevde møtet med tjenesten og hjelpen:

De rommene på det første BUP-stedet var sånne triste, små kontorer, liksom, men på det nye stedet så var det sånn ordentlig malte vegger og faktisk litt møbler og dekor rundt og litt sånne ting. Og så var det litt sånn mørkere farger, på en sånn der koselig måte. Varmt og trygt. Mindre sånn institusjonskontor.

De unge som hadde vært tvangsinnlagt hadde opplevd omgivelsene som truende. Institusjonspregede rom og låste dører bidro ikke til trygghet, sett fra de unges perspektiv. Dette gjaldt også når de var ute av den akutte krisen og så på hendelsen i retrospektiv. Derimot ble helsehjelp som kunne oppsøkes og gis i nære omgivelser vurdert som mer trygghetskapende. Dette kan forstås som at både hyggelige lokaliteter og at hjelpen gis i nærmiljøet bidrar til opplevelse av trygghet i hjelpesituasjonene. En ung gutt som bor i institusjon, ønsket at han kunne få hjelp i nærmiljøet der han er kjent, og beskriver hvordan det oppleves å måtte ut av nærmiljøet og reise til et sykehus for å få hjelp:

Selvfølgelig vil man jo få hjelp, og da er det jævla kjipt at det er et sånt system som er så langt unna, og lukket, og du må reise på et sykehus for å få snakke med noen, sant.

3.5.3 Mangfoldig og fleksibel hjelp relatert til de unges hverdagsliv

I tillegg til at en trygg relasjon er grunnleggende for at hjelpen skal være nyttig, er det også andre faktorer som spiller inn. Hva som er nyttig hjelp oppleves ulikt blant de unge. Noen synes «snakke-hjelp», der det blir mye prating og vanskelige spørsmål, ikke er til noe hjelp. En ung gutt beskriver:

Jeg liker ikke å prate, egentlig. De kan godt prøve å ikke spørre så mye. Bare ta det litt og litt, hver dag...

Nyttig hjelp ble også beskrevet som det å få tilgang til konkrete verktøy som hjelper en å håndtere vanskelige situasjoner i hverdagslivet. Mange unge beskriver at de strever med plagsomme tanker som plager dem kontant og ikke slipper taket, og at de har hatt hjelp av å snakke med helsesykepleier på skolen:

Jeg synes det er bra å snakke med helsesøster, fordi jeg fikk tankene ut, da, slapp å tenke så mye, å ha hjernen full av mange tanker.

Flere av de unge vi intervjuet strever med angst som kan hindre dem i å gjøre ting de ønsker, eller i å delta på vanlige arenaer, som for eksempel skole. En ung jente, som setter pris på å snakke med noen utenfor familien, deler erfaring med å ha lært noen teknikker som er til hjelp for henne i hverdagen:

Jeg føler at det hjelper fordi hun lærer meg forskjellige teknikker da, om hvordan jeg kan takle angsten og sånt ... som jeg kanskje ikke visste om. Jeg har ulike verktøy jeg kan bruke - altså, vi snakker veldig mye om hva jeg skal gjøre og sånt hvis jeg får det på skolen da, eller på bussen eller liksom ...

Denne studien tyder på at nyttig hjelp må være relatert til de unges behov og de problematiske omgivelsene de har. Flere beskriver at det ikke er noen hjelp i å snakke om følelser når det som er problemet egentlig handler om forhold i deres omgivelser, som det er behov for å endre på. Det er vanskelig å vende fokuset innover når tankene kun er rettet mot vanskeligheter i omgivelsene. En ung jente beskriver:

Fordi jeg bodde på en så dårlig plass.. så da hjalp det jo nesten ikke å prate. Jeg vil først komme til en bra plass og Så prate om ting.

En ungdom som bor på institusjon, forklarer at det er grunnleggende å ha et sted å bo der man har det bra, før man kan utforske vonde følelser og det som ligger bak:

Og greia med det er at man kan ikke få det bedre hvis man ikke bor et sted hvor det kjennes trygt. Og på institusjon, veldig mange ganger, så kjennes det ikke trygt. Og da er jo det første problemet, fordi når man bor et sted hvor man føler at de voksne ikke er på ditt lag liksom, så går det egentlig ikke ... Fordi før man på en måte kan gå inn i alt som har vært «shit» så må man hvert fall vite at man har det bra der man bor.

3.5.4 Frivillig og rettet mot de unges behov

Skal hjelpen være nyttig, bør den være frivillig og noe de unge selv ønsker, eller i det minste er motiverte for å gi et forsøk. Noen unge har følt seg presset av foreldre eller fosterforeldre til å ta imot hjelp fra BUP, og at de selv egentlig ikke har vært motivert for det. Noen har fått ulike former for «belønninger» dersom de møter opp til timene:

Også mamma prøvde jo på en måte å gi meg sånn... hvis du snakker med hun ti ganger så kan du få sånn der...så kan vi dra til Oslo å spise eller noe sånn da. Og jeg prøvde på en måte å motivere meg selv med å få den premien da, men jeg greide jo ikke, ikke sant. Det var litt mye. Jeg hadde jo veldig lyst til å dra til Oslo, men jeg følte at ti samtaler var litt mye, og at de fire samtalene hadde på en måte ikke forandret så mye.

En annen ungdom forteller at han ble fratatt «goder» dersom han ikke møtte opp på timene hos BUP: *Jeg ville egentlig ikke på BUP, men hvis jeg ikke gikk så sa de (fosterforeldre) at de ville kutte internett. Jeg går dit, men det hjelper ikke noe.*

Uenighet om hva som er god hjelp for den unge er et tydelig hinder for at hjelpen oppleves som nyttig. Flere unge har erfaringer der de ikke føler seg møtt på det de selv mener at de trenger. Noen opplever at hjelperen har en annen agenda og formening om hva som er til hjelp. En ungdom som har bipolar lidelse, opplever at alt fokuset handler om medisiner og søvn og selv trenger hun at helsehjelpen skal være noe utover dette:

Det er ikke de sterkeste midlene, men jeg føler at det blir for hardt på min kropp da. Det virker ikke akkurat så bra som jeg skulle ønske at det gjorde. Fra BUP så kunne jeg trengt en psykolog som ikke bare snakker om medisin, men heller snakker om andre løsninger, som hjelper meg å se på livet basically. For det er det jeg ønsker. F.eks hvis jeg føler meg sånn, hva hadde det vært smart å gjøre? For noen ganger, jeg har ikke anelse hva jeg kan gjøre. Sitter bare og grubler.

Flere unge hadde erfaringer med at de opplevde at det på BUP var mye fokus på utredning, diagnoser og medisiner. Det kan synes som at hjelpen ikke helt treffer de unges behov og det de unge selv opplever at de trenger hjelp til. Noen ganger blir avstanden stor mellom det de unge sier at de har behov for og den faktiske hjelpen som gis. En ungdom beskriver:

Men det funka jo ikke, fordi greia med BUP er jo at de er jo mest opptatt av diagnosene dine. Så hvis du ikke spiser så skal du begynne og spise, og hvis du skader deg så skal du slutte å skade deg, og hvis du hører ting så skal du helst få en pille for det liksom. Også er de ikke så opptatt av hvorfor de greiene skjer. De spør ikke sånn hvorfor ... Altså, hva er det som egentlig er problemet her, de er mest opptatt av det de kan se. Og da var det jo ikke sånn at jeg fikk det så sykt mye bedre av å gå til BUP liksom fordi, ja. De kunne jo ta fra meg alle tingene som jeg kunne skade meg med, men så begynte jeg å ruse meg isteden, fordi det kunne de på en måte ikke ta fra meg, sant. Men så begynte de å låse meg inne isteden, fordi da kunne jeg ikke ruse meg, men ... Det var liksom ingen som prøvde å snakke med meg om «okay, hva er det egentlig du har opplevd som gjør at det blir sånn her da?». Jeg føler at de bare prøver å hjelpe meg på det de mener de kan hjelpe meg med, og ikke spør om hva jeg trenger og hva jeg vil. De har ikke stilt bra spørsmål, for å si det sånn.

Det de unge forteller tyder på at nyttig hjelp har evne til å følge de unges behov og utvikling. Det innebærer at hjelpen må endre seg i takt med at de unge endrer seg - at hjelpen er fleksibel, og tilpasses individuelt. Noen unge forteller at de synes det var veldig godt å få snakke om det som var vanskelig i begynnelsen. Det var godt at noen lyttet til dem, bekreftet historiene deres, anerkjente de vanskelige følelsene, og forstod hvorfor de strevde. Men så kom det til et punkt der de ønsket seg videre. Det var ikke tilstrekkelig å bli værende i det å fortelle om vonde erfaringer og følelser, men de ønsket hjelp for å komme videre og ikke bli værende i det vonde. En ung jente beskriver:

Det hjalp litt i starten, det kan jeg si. Med å ha noen å prate med, få ut alle mine følelser. Jeg kom til et punkt der jeg ville jobbe med meg selv, for å komme videre, hjelp til å takle angsten når den ødelegger for meg. Jeg fikk veldig mye sympati og medfølelse, og jeg trengte det, men jeg trengte også noe mer. Jeg fikk ikke utbytte av samtalene etter hvert. Jeg var så lei av å prate, og jeg ville ta tak, da, jeg ville se framgang. Jeg trengte litt mer sånn der tiltak, da. Jeg ville ta mer tak i det og være sånn; ja, jeg har gått igjennom det der, så hva? Og det fikk jeg ikke noe – det fikk jeg ikke gjort. Det hjalp på et tidspunkt, men der jeg var nå så var det ikke noe nyttig.

Noen av deltakerne i studien opplever at BUP er lite fleksible, og mer opptatte av å følge pålagte ytre krav, enn å høre på den som oppsøker helsehjelpen. De unge må tilpasse seg hjelpen i stedet for at hjelpen tilpasses dem. En ungdom beskriver hvordan dette oppleves:



BUP er veldig lite tilpasningsdyktige, så når jeg sier at jeg trenger at dere gjør det slik, så sier de at staten har pålagt at de skal gjøre slik, så de kan ikke gjøre det på noe annet vis. Da blir jeg sånn irritert, de setter veldig i bås da. De har sine programmer og sine pakkeforløp og så forventer de at alle skal passe inn i den. Og alle passer ikke inn i det. Så har jeg vært en av de som ikke føler at jeg passer inn i det da.

Noen unge beskriver at de møter hjelpere som ser ut til å ha en kollektiv tilnærming der de skal snu oppmerksomheten bort fra det vonde og mot noe positivt. De unge beskriver dette som en avvising, og som om det de strever med ikke er særlig viktig og verdt å snakke om. Det ville være mer til hjelp om de ble tatt på alvor og lyttet til først, slik en ungdom som har mottatt hjelp av psykisk helseteam i kommunen beskriver:

Jeg måtte fortelle den samme historien om og om igjen, til nye folk. De ville ikke høre på det som var vondt, de ville bare snakke om mestring og sånn tenk-positivt. Fordi at når jeg sa at jeg trengte å prate med dem om det, så begynte de å ville prate om helt andre ting. Så ... følte på en måte ikke at jeg ble ivaretatt på den måten jeg skulle da. For de skulle jo hjelpe meg når jeg hadde det vanskelig, og når jeg hadde det vanskelig så var de ikke der for å hjelpe meg. Jeg trur jeg kunne ha unngått akuttinnleggelser om noen ville høre på det som var vondt for meg. Jeg følte på en måte at det eneste de skulle gjøre var på en måte at fokusere på det positive og ikke det negative.

En ung gutt som strever med sinneproblemer følte seg bagatellisert, og ikke tatt på alvor, da han søkte helsehjelp i kommunen: *Så sa de at jeg måtte puste. At da ordner alt seg, vet du, når du puster. Da er livet i orden. Så jeg skulle ønske at de skjønnte Alvoret.*

3.6 Medvirkning

Hvordan opplever ungdommene at de inkluderes i planleggingen og beslutninger som tas om deres utredning og behandling? Hvilke ønsker/anbefalinger har de for medvirkning?

Studien har få eksempler på ungdommer som opplever at de har blitt involvert i planlegging av egen utredning og behandling. Flere ungdommer ga uttrykk for at de opplevde at beslutninger ble tatt over hodet på dem, og at dette førte til at de hadde liten tillit til beslutningene. Andre trakk frem at det var viktig å medvirke i beslutninger som virkelig betydde noe for dem. Videre fortalte ungdommene om erfaringer med store samarbeidsmøter som de opplevde som krevende, og som ble en barriere for medvirkning. De var opptatt av at det var viktig å finne en god form for medvirkning, samt at de trengte trygge voksne som kunne bistå dem med å fremme deres ønsker og perspektiv.

3.6.1 Begrenset opplevelse av medvirkning

Det var få deltakere i studien som fortalte at de hadde blitt involvert i utredning og behandling i helsetjeneste. Ingen av ungdommene nevnte at de hadde vært involvert i beslutninger rundt utredning, men flere hadde hatt en dialog med sin behandler om behandlingsopplegget og avslutning av behandling. Enkelte hadde vært involvert i å utvikle målsetting for behandling på BUP, og sa at de opplevde det som positivt. En ungdom fortalte hvordan hun hadde samarbeidet med psykologen sin: *Vi satt oss ned sammen og snakket om mål og hvordan vi skulle komme dit, hva som var viktig for meg, og hvor ofte vi skulle ha møter og sånn.* Hun fortalte at hun hadde opplevd dette som positivt og at hun opplevde at psykologen og hun hadde et godt samarbeid.

Flere fortalte om dialog de hadde hatt med psykologen sin i løpet av behandlingsforløpet. Blant annet beskrev de hvordan de hadde snakket om avslutning av behandlingsforløp. En fortalte hvordan avslutningsprosessen hadde foregått:

I starten så var det vel kanskje, eller jeg hadde vel ikke helt lyst til å avslutte selv egentlig. For jeg var veldig usikker på hvordan jeg skulle klare meg men det har jo gått fint da. Så det var jo mer sånn, kanskje psykologen sin avgjørelse. Selv om hun spurte meg altså og spurte om det var greit.

Andre fortalte hvordan de hadde opplevd at beslutninger om behandling ble tatt over hodet på dem. Det ser ut til at denne opplevelsen er spesielt sterk hos ungdom som har vært eller er på institusjon. De opplevde at det var et samarbeid mellom barnevern, helsetjenesten og andre profesjonelle aktører, men at de selv ikke var involvert i samtaler om beslutninger rundt behandlingen. En ungdom beskrev sin opplevelse slik:

Alle beslutninger ble tatt over hodet på meg. Ingen har spurt meg. Det har bare vært hva de bestemmer. Det de tror er best. Det er jo ganske forferdelig. Det er ikke alltid jeg vet hva som er best. Men de kan jo spørre meg i alle fall.

En annen fortalte at hun ikke hadde opplevd å medvirke under innleggelse i psykisk helsevern:

De aller fleste gangene har jeg vært tvangsinnlagt, så jeg har blitt innlagt med at jeg ikke har samtykkekompetanse. Så jeg har ikke vært medvirkende på en måte i behandlingen min da.

Flere av deltagerne fortalte også at de ikke opplevde å ha tillit til beslutninger som ble tatt, både fordi de ikke ble involvert, fordi informasjon ble delt både med andre instanser, eller foreldre, uten at de selv ønsket det. En formulerte det slik:

Jeg har hatt flere som har tatt beslutninger uten å snakke med meg, og som jeg ikke har vært veldig fornøyd med. Og da har jeg sagt: «vet du hva, da har du dessverre ikke min tillit lengre».

3.6.2 Medvirkning rundt det som betyr noe

Flere informanter understreket at de opplevde at behandlingsopplegget ikke passet for dem, fordi de ikke hadde blitt involvert i planleggingen av behandlingen eller ikke hadde blitt spurt om hva som var viktig for dem. En forklarte det slik:

Og det handler jo om at når de ikke har gjort det, så har det jo blitt helt feil. Da har de sittet der og tenkt ut fine løsninger. Og så har det ikke funket for meg, fordi de har glemt å spørre meg, sant.

Andre trakk frem at de hadde blitt invitert inn til å mene noe om små detaljer, men at de ikke ble involvert i beslutninger som angikk større og alvorlige saker. De understreket at dersom medvirkning skulle være reell, måtte det handle om beslutninger rundt «det som betyr noe». En fortalte om sin opplevelse av hvordan han ble involvert i trivielle valg når han stod i en eksistensiell krise:

Altså, jeg har jo blitt involvert i sånn små ting, men ikke sånne store ting. Ikke sånn, «okay, nå gjør du så mye rart at vi vet ikke hvor vi skal gjøre av deg». Det var ingen som spurte meg da: «Okay, hva skal vi gjøre?» liksom. «Vi er livredde for at du skal dø», men vi vet ikke hva vi skal gjøre». Det var ingen som spurte meg. De spurte meg bare sånn: «hva vil du ha til middag», liksom.

En annen fortalte om lignende opplevelser, og hvordan hun opplevde å ikke bli involvert når hun faktisk hadde et ønske om det, og noe å formidle:

For en opplevelse jeg har hatt mye opp gjennom åra, er det at de gangene jeg har noe å si, så er det ingen som hører. Og de gangene hvor jeg ikke har noen formening, så er det bare opp til meg.

3.6.3 Store møter vanskeligjør medvirkning

Mange av ungdommene beskrev ulike samarbeidsmøter hvor mange fagpersoner var til stede og diskuterte deres situasjon. Møter kunne for eksempel bestå av saksbehandlere fra barnevernet, lærere, andre fagpersoner fra skolen, skolehelsetjeneste, fagpersoner fra psykisk helse, Bufetat, behandler i BUP, familieveileder, fastlege, pedagogisk psykologisk tjeneste, ansatte på institusjon, fosterforeldre og foreldre. Noen ungdommer fortalte at det også hadde vært fagpersoner på møter som de ikke visste hvem

var, eller hvilken tjeneste de kom fra. De respektive tjenestene kunne også stille på møter med flere fagpersoner fra hver tjeneste. Til sammen kunne møtene utgjøre ti personer eller mer. Flere av ungdommene trakk frem at de opplevde slike møter som ubehagelige, og de beskrev hvor krevende det kunne oppleves å skulle være i fokus i såpass store møter. En jente fortalte: «*Det er kanskje 10 stykker der, utenom meg. Det er ganske skummelt. Men de forventer at jeg er der.*» En annen fortalte hvordan hun nærmest fikk en uvirkelighetsfølelse av å være i møter med mange personer:

Jeg vet ikke hva jeg skal si, eller jeg føler at det er noen spørsmål som blir vanskelig å svare på. Som på en måte; ja, de gjelder meg, men så gjelder det egentlig ikke meg....

En annen beskrev en opplevelse av å føle seg presset:

Jeg vil jo ikke at andre bare bestemmer alt, men de spør så vanskelige spørsmål, og sier at det er ditt liv og sånn ... men jeg vet ikke hva jeg skal mene om det. Da blir jeg litt stressa og føler at jeg MÅ svare noe.

En annen forklarte hvordan han opplevde at store møter og alle de involverte systemene tok bort fokus fra ham selv:

Det viktigste er jo at man selv får sagt det man mener ... Systemet rundt deg er jo der for å hjelpe deg. Det er du som skal være i fokus, men ofte så blir systemet fokus ...og stjeler det fra deg og så blir det kommunikasjon rundt de rundt deg, så glemmer de helt deg.

Flere uttrykte også at de opplevde det ubehagelig at mange mennesker skulle få personlig informasjon om dem. De fortalte at de selv ikke hadde vært med på å definere hvem som skulle være med på møter, eller hvem som skulle få hvilken informasjon. En ungdom forklarte det slik:

Når det er et tverrfaglig samarbeid så burde man få til at personen det handler om skal få være med å bestemme litt hvem- eller i hvert fall får høre om hvem som får vite hva. Noe som har stresset meg mye har vært liksom- jeg vet ikke hvem som vet hva lenger....

Andre fortalte at det kunne være vanskelig når ulike tema ble tatt opp med foreldrene til stede i møter. En ungdom fortalte at hun holdt seg ganske taus på møter fordi hun ikke ønsket at det skulle oppstå vanskelige situasjoner i hjemmet etterpå: «*Jeg har ikke sagt så mye, sånn egentlig. Jeg vil ikke at det skal bli krancling når jeg kommer hjem.*»

3.6.4 Hvilke ønsker og anbefalinger har barn og unge for medvirkning

Selv om ungdommene i begrenset grad hadde erfaringer med gode former for medvirkning, kom det frem noen ønsker for hvordan det kan tilrettelegges for medvirkning. Det fremstår som sentralt å finne en passende form, og et passende nivå for medvirkning, og ofte bistand fra voksne nøkkelpersoner for å kunne medvirke.

Viktig å finne passende form og nivå for medvirkning

Mange av ungdommene i studien ga uttrykk for at de ønsker å bli spurt og hørt i planlegging og beslutninger rundt behandling for sine psykiske helseproblemer. En forklarte hvor viktig hun syntes det er at ungdommens eget perspektiv kommer frem:

Det er jo alltid du selv som på en måte kjenner deg selv best da, og det er ikke alltid man vet best hva som er riktig, men det er jo du som har best utgangspunkt til å uttrykke hva du trenger - eller få andre til å forstå hva du trenger da. Derfor er det så viktig at ungdommen blir hørt, og at de som faktisk er de som sliter er de som er i fokus. Også er det viktig at de andre får til et sånt godt samspill fordi det skal ikke være sånn at brukerne skal få bestemme alt selv, men man må på en måte få til et godt samarbeid rundt da så må en formidle ting på en bra måte, få til god kommunikasjon.

Det kommer frem i flere av intervjuene at det å være med å bestemme hjelper på motivasjonen til å ta imot og å nyttiggjøre seg av psykisk helsehjelp. Imidlertid er det viktig at hjelperne finner en passende form for hvordan ungdommene kan medvirke. En ungdom beskrev betydningen av å medvirke i egen behandling i sitt eget tempo:

Det er å ta små steg, og så.. Selvfølgelig involvere ungdommen også, at de også kan bli med å liksom bestemme litt hvordan behandlingen skal foregå. Å ha på en måte en tett dialog med de om denne type behandling er greit og... Og at de kan vite selv at de kan avslutte når som helst eller endre hvordan de skal behandle videre eller...

Flere av ungdommene trakk frem at det var viktig at de selv fikk regulere i hvilken grad de medvirket, og at deres meninger ikke ble «tvunget frem». Andre ungdommer understreket betydningen av at medvirkning foregår på en måte hvor de kan føle seg trygge og som de forstår. Dette innebærer at møter må være utformet slik at ungdom kan føle seg trygge både på *hva som blir sagt* og på *hvem som er til stede*. Ut fra studiens funn ser det ut til at store samarbeidsmøter med mange fagpersoner ikke egner seg som fora for trygg medvirkning.

Funnene understreker at det er viktig å finne ut, sammen med den unge, hva som er viktig for den enkelte å være med å diskutere, hvilke arenaer de skal delta på og hva den unge ikke ønsker å involveres i. Videre vil det være viktig å være oppmerksom på hva som kan vanskeliggjøre medvirkning og hvordan det kan løses. Det vil være viktig å finne et passende nivå og form som passer for den enkelte.

Bistand til å medvirke

Det ser ut til at kontaktperson / saksbehandler er en nøkkelperson når det gjelder medvirkning. Flere har gode erfaringer med samarbeid med kontaktpersonen sin i barnevernet som hjelper til med å formidle ungdommens perspektiv for eksempel i samarbeidsmøter mellom barnevern, psykisk helsevern og andre instanser. En ungdom forklarte det på denne måten:

Det har vært sånn at hvis jeg har lyst til å uttrykke meg, så har det vært rom til det. Og hvis jeg ikke føler meg komfortabel eller ikke har lyst, så sier jeg bare i fra til barnevernet. Da ordner de det.

Mange av ungdommene sa at de ikke ønsket å bli med på møter med ulike instanser eller å bli involvert i alt. Allikevel ønsket de å formidle seg og å få tilbakemeldinger på hvilke vurderinger som gjøres og hva som blir besluttet. Flere trakk frem at det fungerte godt dersom de hadde samtaler med kontaktperson eller annen i forkant av møter, slik at ungdommens perspektiv kommer med i møter og beslutninger som angår dem. Her er et eksempel på en ungdom som opplevde at hun ble involvert på en måte som hun var komfortabel med:

Det er avdelingslederen for teamet som også er med på møtet. Så vi snakker litt før møtet fordi mitt ord skal også være med inn i møtet. Og så snakker vi litt etterpå. Men jeg føler ikke at jeg har behov for å vite om hva de snakker om sånn egentlig.

Flere av ungdommene fortalte at de ønsket seg at behandlere og kontaktpersoner forklarte ting tydelig for dem. En jente understreket at hun mente at også ganske små barn kunne medvirke så lenge kontaktperson og behandler forklarte ting på en forståelig måte for barnet: «Ja, for du må ikke forklare med vanskelige ord, du kan forklare med enkle ord sånn at den ungen skal skjønne.»

Andre understreket at det var viktig for dem at de selv fikk være med på å vurdere hvilken informasjon som ble formidlet fra psykiske helse- og barnevern til foreldrene. Også her mener ungdommene at kontaktpersoner spiller en vesentlig rolle.

3.7 Oppsummering – barn og unges behov for helsehjelp og deres opplevelse helsehjelpen

De 26 barna og ungdommene som deltok i studien forteller i all hovedsak om psykiske utfordringer og ulike behov for psykisk helsehjelp. Symptomtrykket spenner fra lettere psykiske plager til alvorlig og sammensatt og kompleks problematikk. Enkelte har eller har hatt rusproblemer. Svært få beskriver fysiske helseplager, og behov for helsehjelp relatert til dette. De aller fleste har langvarig og omfattende erfaring med helse- og velferdstjenestene. De som deltok hadde ulike omsorgssituasjoner - fra hjemmeboende hos foreldre, til fosterhjem, institusjon, til egen bolig og ettervern.

3.7.1 Tilgang til helsehjelp når det trengs

Mange opplever at de ikke får god og nyttig helsehjelp når de trenger det. Noen opplever at hjelpen er god nok. Det ble identifisert flere barrierer både på individ og systemnivå for tilgang til og opplevd god helsehjelp. Frykt for å bli stigmatisert av venner og familie kunne være en barriere for å be om psykisk helsehjelp. Flere unge løftet frem praktiske barrierer for kontakt. Dårlig tilgjengelighet utenom kontortid var en annen faktor som gjorde tilgangen til hjelp utfordrende. Det oppleves vanskelig å ta en telefon for å få kontakt med behandler, og de unge ønsket at det var mulig å få tilgang til hjelp via for eksempel tekstmelding. Det kunne også være utfordrende å be om hjelp på nytt, etter at hjelpen har vært avsluttet.

Det var et tydelig funn at det ofte tar lang tid før man får psykisk helsehjelp. I særlig grad gjelder dette hjelp fra BUP. De unge erfarer at det er høy terskel for både å bli henvist og å få positivt svar på henvisning til BUP. Lang reisevei kan også gjøre helsehjelp fra BUP lite tilgjengelig. Videre er det et fremtredende funn at mangel på kontinuitet i behandlingen utgjør en risiko for at barn og unge ikke får den helsehjelpen de trenger. Det er uheldig med brutte hjelperelasjoner og med mange hjelpere involvert. Barn og unge i barnevernet har ofte med seg brutte relasjoner til omsorgspersoner i bagasjen, og svært mange av disse sliter med tilknytningsproblematikk. Mange har flyttet flere ganger og må starte på nytt med nye helpere og nye omsorgspersoner på nye steder. Flere takker nei til å fortsette behandling når de må bytte behandler. Dette fører til sammen til mange brudd i behandlingsrelasjoner og mangel på kontinuitet. Mangelen på kontinuitet i behandlingen må sees i sammenheng med hvordan (psykiske)helsetjenester er organisert. Flere av våre informanter har forholdt seg til en rekke spesialiserte team innen psykisk helsevern. Ved at psykiske helsetjenester er organisert i ulike spesialiserte team, vil barn og unge med kompleks problematikk ofte bli henvist mellom ulike team.

3.7.2 Hva er viktige tjenester?

Mange unge ønsker i utgangspunktet hjelp fra BUP og har forventning om at det er der de vil få best kvalifisert hjelp. Terskelen for å få hjelp fra BUP oppleves derimot som svært høy. Det etterspørres alternativ til BUP fra de som ikke får tilgang til helsehjelp derfra. Blant de som får tilgang til BUP er erfaringene med helsehjelpen de mottar blandet.

Kommunal psykisk helsehjelp til unge er lite omtalt av informantene i denne delstudien. Lavterskelhjelp som Utekontakt blir nevnt av noen som steder de kan finne noen å snakke med, men ser ut til å avhenge av tilbud som finnes i den kommunen man bor. Det kan synes som om de unge har lite kunnskap om tilgjengelig psykisk helsehjelp i kommunen.

Fastlegen blir av flere trukket frem som en viktig støttespiller, og da først og fremst som de unges allierte i å søke psykisk helsehjelp som krever henvisning. Dette gjelder i hovedsak henvisninger til BUP. Opplevelse av støtte og hjelp fra fastlegen er også avhengig av at det er en trygg relasjon mellom den unge og legen.

Barnevernet blir av flere unge trukket frem som en viktig kontakt for å få hjelp og støtte. Ofte fungerer kontaktperson i barnevernet som en vikarierende helsearbeider, i fravær av tilgjengelig psykisk helsehjelp. Barnevernet er også er pådriver for å få på plass nødvendig og ønsket helsehjelp for de unge.

Hjelpetelefoner fra frivillige organisasjoner er også benyttet av flere, og kan fungere som en buffer i kortere perioder når annen hjelp uteblir.

Psykiske helseproblemer gjør seg gjeldende på de unges hverdagsarenaer. Mange unge trekker frem skolen som den beste arenaen for helsehjelp. Helsesykepleier på skolen blir av flere omtalt som en viktig person som har gitt god støtte. Videre blir lærere, miljøarbeidere og rådgivere som ser og støtter de unge, og som engasjerer seg og er til stede for de unge, fremhevet av flere som den hjelpen som har betydd mest. På skolen treffer de unge venner, som også blir beskrevet som veldig viktige for den psykiske helsen. Mange unge beskriver at de ikke kunne klart seg uten vennene sine og at de stoler mer på venner enn på fremmede hjelpere.

3.7.3 Trygg og nyttig hjelp

At hjelpen oppleves som trygg, er grunnleggende for at de unge ønsker å ta imot hjelpen. En trygg og god relasjon til behandler eller hjelper, som støtter opp om en mest mulig likeverdig relasjon, er det som fremholdes som det viktigste i helsehjelpen. Betydningen av å føle seg møtt og forstått av en hjelper som viser oppriktig interesse og som oppleves som en som bryr seg om de unge, er noe som går igjen i alle de unges beskrivelser av sine erfaringer med psykisk helsehjelp.

Noen beskriver at de har fått god hjelp av behandler på BUP, og da er god relasjon til behandler gjerne trukket frem som avgjørende. Flere unge er frustrerte og sier de har dårlig erfaring med BUP. De opplever helsehjelpen som fjernt fra deres hverdagsliv. Fokus på diagnoser og utredning beskrives å stå i veien for god kontakt og samtaler om det som er viktig for de unge. Nyttig hjelp må være relatert til de unges kontekst og basert på de unges behov. Det etterspørres alternativ til BUP, som er lettere tilgjengelig og som har mindre fokus på utredning og diagnoser. Samtidig fremhever unge med omfattende hjelpebehov at de savner hjelp til å håndtere vanskelige og traumatiske opplevelser.

Omgivelsene viste seg også å ha betydning for å oppleve hjelpen som trygg. Mindre institusjonspreg og mer hjemmekoselige lokaler kan bidra til en mer avslappende og imøtekommende atmosfære.

3.7.4 Medvirkning

Ungdommenes egen medvirkning i behandling og utredning fremstår som lite utbredt og systematisk. Ungdommene ønsker å medvirke om forhold som har betydning for dem og er opptatt av at behandling og samarbeid må tilrettelegges slik at det er mulig å medvirke. Det kommer frem at store møter med mange profesjonelle aktører kan være en barriere for at ungdom tør å ytre seg om saker som angår dem selv. De ønsker ikke nødvendigvis å delta i slike fora, og har behov for hjelp og støtte fra en trygg voksenperson for å fremme sine hjelpebehov. De understreket at de både må kunne føle seg trygge på de som skal bistå dem med medvirkning, samt kunne forstå hva som blir formidlet. Det er viktig at det tilrettelegges for medvirkning i behandlingen både gjennom å finne en god form og riktig nivå for medvirkning.

Hovedpoeng i kapitlet:

- Mange barn og unge opplever at de ikke får nyttig og god psykisk helsehjelp når de trenger det (og noen opplever at hjelpen er god nok).
- Mange tjenester og hjelpere involvert, brutte relasjoner og manglende kontinuitet fremstår som en barriere for god psykisk helsehjelp.
- For at barn og unge i barnevernet skal oppleve god psykisk helsehjelp, er de særlig avhengig av å stole på behandler. Behandler må også vise oppriktig interesse og forståelse og ta de unges opplevelser på alvor.
- Trygg og nyttig psykisk helsehjelp kjennetegnes ved at den er mangfoldig og relatert til de unges hverdagsliv og behov.



- De unge peker på alternative tjenester til BUP. Det er behov for ansvarsavklaring mellom kommune og BUP, samt tydeliggjøring og synliggjøring av kommunale tjenesters rolle.
- Skolen fremstår i en del tilfeller som en viktig arena både for å fange opp at barnet sliter, at fagpersoner i skolemiljøet ser og ivaretar barnet og som arena for møter mellom involverte tjenester
- De unge ønsker å medvirke i egen behandling – i beslutninger som betyr noe for dem. Medvirkning knyttet til utredning og behandling virker i liten grad praktisert på en systematisk måte. Det kom fram at det er viktig å finne en god form på medvirkningen, og en god støtte gjennom kontaktpersoner, slik at de unge kan forstå hva som blir sagt (for eksempel i samarbeidsmøter) og føle seg trygge på å delta og å medvirke.

4 Får barna tilstrekkelig helsehjelp slik foreldre og fosterforeldre opplever det?

I følgende kapittel presenteres resultater fra intervju med foreldre og fosterforeldre om hvordan de opplever barnets behov for helsehjelp, og tilbudet de faktisk får. Kapitlet undersøker noen av de samme problemstillingene som undersøkes i kapittel 3, der datagrunnlaget er intervjuer med barn og unge. Hva er foreldrenes erfaringer når det gjelder barnets behov for helsehjelp, om tilgangen til helsehjelp når det trengs, og vurderer de hjelpen som tilstrekkelig? Hvilke helsetjenester vurderes som viktige, og hva har betydning for at tjenesten vurderes som viktig? Opplever foreldre at hjelpen gis på en trygg måte, og opplever de hjelpen som nyttig?

Datagrunnlaget er kvalitative intervjuer med 14 foreldre og fosterforeldre som omhandler opplevelse og erfaringer i tilknytning til sitt barns behov. Deltakerne er ikke foreldre eller fosterforeldre til de barna og ungdommene som deltar i den kvalitative studien (i kapittel 3). Det er med andre ord ikke kobling mellom deltakerne i disse to datainnsamlingene.

4.1 Metode i foreldrestudien

4.1.1 Rekruttering og utvalg

Deltakerne til foreldrestudien ble rekruttert ved hjelp av barnevernstjenester i to kommuner, via Fosterforeldreforeningen (informasjon om studien lagt ut på Fosterforeldreforeningens Facebook), via Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling, KBT, og via forskernes egne kontakter i tjenestene.

Det ble gjennomført 14 intervju med 16 foreldre fra hele landet - 6 foreldre og 10 fosterforeldre. Det var 11 kvinner og fem menn. Alle regionene var representert. Foreldrene hadde til sammen 18 barn som var i kontakt med barnevernet. Der informanten hadde flere barn eller fosterbarn, ble intervjuet konsentrert om ett av barna. Av de 14 barna inkludert i studien bodde to med sine foreldre. Blant de seks foreldrene som deltok var det fire som ikke hadde omsorgen for barnet, mens to hadde det, og hadde barnet boene hjemme. Alderen på barna var fra 10 til 18 år, samt en som var 20 år, men fremdeles bodde i fosterhjemmet. De fleste var tenåringer. Det var ni jenter og fem gutter.

4.1.2 Gjennomføring av foreldreintervju

Med unntak av ett intervju som var fysisk, ble de øvrige intervjuene gjennomført på Teams. Intervjuene hadde en varighet på gjennomsnittlig 66 minutter. Det ble gjort opptak av alle intervjuene, og de ble transkribert ordrett. Deltakelse var samtykkebasert, og deltakerne fikk i forkant av intervjuene informasjonsskriv om studien og hvilke rettigheter de har som deltakere i forskningsprosjektet. Ved fysiske intervjuer ble samtykke til deltakelse innhentet skriftlig. De resterende deltakerne samtykket enten gjennom å besvare e-post eller svare muntlig, tatt opp på lydfil. Der barnet var 16 år eller eldre samtykket også vedkommende før intervju ble gjennomført.

Intervjuet besto av fem hovedtema: a) barnets bakgrunn og helse, b) helsehjelp mottatt, c) erfaringer med helsehjelpen, d) hjelp til å få helsehjelp, e) medvirkning og samarbeid med tjenestene.

4.1.3 Analyse av foreldreintervju

Intervjuene ble lest og hørt igjennom av forsker. Det ble gjort en tematisk innholdsanalyse i analyseprogrammet NVivo 11, med utgangspunkt i de fem hovedtemaene i intervjuet. I tillegg ble det laget

en oversikt i Excel over det enkelte barns bakgrunn, helsesituasjon og hvilke tjenester som er eller har vært involvert samt en oppsummering av hovedinntrykk knyttet til den enkelte problemstilling som undersøkes.

4.2 Behov for, og tilgang til helsehjelp, sett fra foreldres perspektiv

Hva er foreldrenes erfaringer når det gjelder barnets behov for helsehjelp, om tilgangen til helsehjelp når det trengs, og vurderer de hjelpen som tilstrekkelig?

Tabell 4-1 gir en oversikt over foreldrenes beskrivelse av: barnets helse, tjenester involvert, og hvordan de har opplevd tilbudet. Tjenester involvert, og som er markert med **uthevet skrift** i tabellen, er tjenester som forelderen betegner som **den/de viktigste** i den forstand at tjenesten har betydd mest for barnet. Tjeneste som er markert med *kursiv* indikerer tjeneste som foreldre uttrykker at de er *kritiske til, misfornøyde med eller skuffet over*. En stjerne (*) ved BUP viser at BUP har vært involvert tidligere, men er det ikke for tiden. Fastlege angis i tabellen kun dersom foreldre spesifikt har nevnt at fastlegen har (hatt) en rolle. Barnevern er selvsagt involvert i alle sakene, men er tatt med for å kunne markere om foreldrene betegner tjenesten som særlig viktig eller er kritiske til barnevernet.

Tabell 4-1 Oversikt over foreldre og fosterforeldres* beskrivelse av: helse hos barnet, tjenester involvert, og om barnet får tilstrekkelig helsehjelp

*Fosterforeldre i start av tabell, foreldre med hjemmeboende barn i **grønt**, og foreldre med barn under offentlig omsorg i **blått**

	Helse hos barnet	Tjenester involvert	Fosterforeldre og foreldres opplevelse av barnets tilgang til helsehjelp
Jente	Diabetes, preget av mye avvisning som liten (før fosterhjems-plassering)	Barnevern, PPT, utredet i BUP*	Fosterforelder har ikke opplevd at det har vært behov for hjelp uten at de har fått det. Barnet har vært utredet ved BUP, og konklusjonen var at det ikke var behov for tilbud, men de har fått tilbakemelding om at de kunne ta kontakt dersom det skjer endring. Det som de har opplevd som et vesentlig problem, er at de som fosterforeldre ikke har tilgang til Helsenorge.no, med tilgang til prøvesvar og kommunikasjon med helsetjenesten.
Gutt	Diabetes, konsentrasjonsproblemer, tilknytningsvansker og atferdsproblemer	Barnevern, PPT, MST og spesialpedagog, tilsynsfører , kommunepsykolog, privat psykolog, utredet i BUP*	Multisystemisk terapi, MST, var god hjelp når det gjelder atferdsproblemer og kommunikasjonen. Opplever at det er BUP som har "sviktet mest". Skjønner ikke hvorfor BUP ikke kan gå mer aktivt inn. Det ble koblet en kommunepsykolog på etter hvert, men så jobber han systemisk, og ikke med klienter. De har en privat psykolog påkoblet nå.
Jente	Traumatisert, har spiseforstyrrelse	Barnevern , fastlege, BUP*, privat psykolog , helsesykepleier	Mener hjelpen fra BUP har vært varierende pga 3-4 ulike behandlere. Jenta takket nei etter hvert. Mener ungdommen burde fått behandling for sine traumer. Det har heller ikke vært samarbeid mellom BUP og barnevern. Kontakten med barnevern er optimal nå etter å ha vært "fryktelig ugrei" og "veldig problematisk". Møtt med tillit. Privat psykolog for relasjonsarbeid i familien.
Jente	Panikkangst-anfall, nedstemt, deprimert, spiser lite, sover dårlig	Barnevern, <i>kommunalt psyk lavterskeltilbud</i> , PPT, BUP	Forteller at de fikk tre avslag fra BUP før "barnevernet skrev en god nok søknad til å få henne inn der (...) sånn at det var noen år med frustrasjon før vi fikk det gjennom, da". Før tilbudet i BUP i starten av ungdomskolen var det kommunale lavterskeltilbud og lignende med "varierende nytte". "Jenta syntes det var bare tull". Trolig ikke hatt et tilbud i BUP dersom de ikke hadde vært så aktiv når det gjaldt å presisere



			behovet. Hjelpen fra BUP vurderes som svært viktig og nyttig. Tror det hjelper, jenta ønsker ikke å gå til andre enn den behandleren som skaper trygghet, "pusher nok ikke så mye på".
Jente	Psykiske utfordringer, tilknytningsvansker og vanskelig følelsesliv	Barnevern, BUP (fem forskjellige), helsesykepleier, psykolog	Barnet har fått mange hjelpetilbud, inkludert flere BUP'er på grunn av «ekstremt mange flyttinger», men at problemet er at hun ikke har hatt nytte av BUP. Hun har en god kontaktperson i barnevernet, som også fosterforeldre har nær dialog med, og har også hatt sporadisk kontakt med helsesykepleier. Familien har også kontakt med en psykolog, men mer for hele familien og relasjonene dem imellom.
Gutt	ADHD og trolig reaktiv tilknytningsforstyrrelse	Barnevern, en til en støtte på skole, tilsynsfører, PPT, ansvarsgruppe, BUP*	Barnet gikk til psykolog i BUP et par ganger i uken en stund, men ble utskrevet plutselig og uforklarlig, slik de opplevde det. "tilknytningsforstyrrelse - det virker som om de ikke vil ta i akkurat det, med en tang" (..) "Jeg kunne tenkt meg at det fantes noen fagpersoner som fulgte opp og sa at: vet du hva, dette går rett vei, eller: dette ser ut til at det ikke går, her må vi gjøre noen ting.. men vi sitter og lager kartet selv.» Mange bytter, ustabil og turbulent i barnevernet. Ansvarsgruppemøter der «ballen spilles fra den ene til den andre», og BUP er fraværende.
Gutt	Lettere utviklingshemming, og en sjelden somatisk sykdom	Barnevern, somatisk spesialisthelsetjeneste, BUP , fastlege, en til en i skolen, ansvarsgruppe med helsesykepleier som koordinator	Påpeker at hovedproblemet har vært at barnevernet har vært dårlig på å koordinere de ulike tjenestene. Barnet ikke fått IP i bostedskommunen til tross for behov. BUP ikke tilgjengelig pga gutten ikke "veiledbar for terapi", og dermed førstelinja sitt ansvar. Helsesykepleier ved skolen beskrives som svært viktig. Det samme gjelder skolen. Praktiske barrierer knyttet til manglende tilgang til Helsenorge.no, og at barnet har annen fastlege enn de andre barna deres.
Jente	Atferdsproblemer, grenseløshet	Barnevern, BUP , SLT, skole	Tjenestene har mobilisert godt i ulike sammen-henger der vansker har oppstått. BUP har vært på banen i lang tid, og gir god og nyttig hjelp. Fosterforelder forklarer at det likevel er vanskelig å vite om hun får den hjelpen hun trenger fordi de føler at det «ligger mer her», og at det er uklart for både dem og jenta selv hva som har skjedd i tidlige år, før hun kom til fosterhjemmet.
Jente	PTSD. Opplevd mobbing	Barnevern, BUP* , MST** , helsesykepleier, spesialpedagog, støttekontakt, familieveileder, ansvarsgruppe og miljøterapeut knyttet til skolen	Forelder beskriver helsehjelpen til barnet som tilstrekkelig, slik det er nå. Det mottar familietiltaket MST-CAN som trekkes fram som svært nyttig. Er svært fornøyd med barnevernet, og trekker også fram tilbudet som gis via skole – med en egen miljøterapeut som følger opp, og med helsesykepleier, spesialpedagog og lærer i ansvarsgruppen.
Jente	ADHD, selvskading, spisevegring. Opplevd mobbing og overgrep	Barnevern, BUP , fastlege, skole , skolehelsetjeneste og ansvarsgruppe	Forelder beskriver et godt helsetilbud, og et godt samarbeid med barnevern som har koblet på skolehelsetjeneste, og ansvarsgruppe med miljøkontakt. De fikk avslag fra BUP i starten - men nå starter barnet et behandlingsopplegg der, som de har store forventninger til. Det som er ankepunktet til far er at det har tatt lang tid før hun fikk hjelp, kanskje et halvår.



Gutt	ADHD, forverret helse etter siste flytting	Barnevern, <i>BUP</i> , kontaktperson på skole	Forelder forteller at BUP følger opp barnet når det gjelder ADHD og medisiner. Kritisk til BUP pga at det bare snakker om medisin, og økt dosering. Ikke samtaler. Er særlig fornøyd med en god kontaktperson på skolen. Er opptatt av at barnet må få en psykolog fordi det har vært mange skifte av plassering - noen som ikke er koblet til barnevern.
Gutt	ADHD, atferdsproblemer	<i>Barnevern, skole, BUP*</i>	Forelder er veldig kritisk til barnevernet, og har absolutt ingen positive ting å si når det gjelder barnevernets arbeid i saken med sitt barn, herunder rolle med å bistå til helsehjelp. Beskriver i hovedtrekk at barnet har hatt, og har tilgjengelig helsehjelp - eksempelvis BUP, men ikke det mor oppfatter som god psykisk helsehjelp, kun medisiner - "ikke noen som kan nå inn til han så han kan sette ord på alt han har opplevd". Legger stor vekt på skolen som en veldig god tilrettelegging.
Jente	Periodevis depresjon, mulig PTSD, mulig sosial angst	<i>Barnevern, skole, helsesykepleier, Familiens hus, BUP*</i>	Forelder mener barnet ikke har fått tilstrekkelig hjelp og oppfølging. Mener hun skulle hatt døgntilbud hos BUP "ifm depresjon som hun gikk ganske langt inn i." Ble henvist til BUP, etter påtrykk fra mor, men ble avvist «fordi henvisningen ikke tok tak i noe av det som var relevant". Jenta ønsket ikke selv hjelp fra BUP. Hun har hatt samtaler med Familiens hus i kommunen. Dette var noe hun ikke ønsket, men som ble påtvunget av barnevern, ifølge forelder, som mener barnet trenger en solid og faglig sterk psykolog med kompetanse på traumer, suicidalitet og PTSD.
Jente	ADHD-diagnose. Forelder uenig i diagnosen – mener problemet er traumer	<i>Barnevern, BUP*</i>	Barnet har vært utredet i BUP, og fått ADHD-diagnose. Forelder mener det barnet sliter med er traumer, og ikke har ADHD, og har behov for psykologisk behandling for traumer. Har gjentatte ganger bedt om ny utredning fra BUP, men blir ikke hørt på dette.

* BUP har vært involvert, men er det ikke for tiden.

** MST er et behandlingstilbud for familier med ungdom med alvorlige atferdsvansker. Det kan dreie seg om konflikter hjemme, utfordringer på skolen, uheldig innflytelse fra venner, rus eller kriminalitet. For mange ungdommer kan MST være et alternativ til plassering utenfor hjemmet (12-18 år).

Tabell 4-1 gir en oversikt over forelder eller fosterforelders beskrivelse av barnets helse, involverte tjenester, og deres vurdering av om tilbudet har vært tilstrekkelig. De fleste foreldre og fosterforeldre beskriver til dels omfattende psykiske helseproblemer som de relaterer til generelt vanskelig oppvekst, til omsorgssituasjonen og det å bli tatt ut av hjemmet sitt og bli overført til et nytt hjem. I noen tilfeller handler fortellingene om kriminelle handlinger som er begått overfor barnet, eller som man mistenker er begått. Det kan være vold, overgrep eller andre traumatiske ting som har skjedd i barnets liv. Noen har fått diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og flere mener barnet har denne lidelsen der det ikke er gitt en diagnose. Mange beskrives å ha atferdsvansker som gir seg ulike uttrykk, mange har fått ADHD diagnose, og får medisiner for det. Enkelte har spiseforstyrrelser, og så fins det tilfeller av angst, nedstemthet, depresjon, selvskadning, tilknytningsvansker, konsentrasjonsproblemer og dårlig søvn. Når det gjelder fysisk helse, er det vesentlig færre problemer. Et par av barna har diabetes, og ett barn har en sjelden somatisk sykdom som krever jevnlig oppfølging.

Når det gjelder tilgang til helsehjelp, beskriver foreldre og fosterforeldre først og fremst behov for hjelp i tilknytning til psykisk helseutfordringer. I de få tilfellene der det beskrives behov for oppfølging som gjelder somatisk helse beskrives tilgangen til hjelp gjennomgående som god. Unntaket er enkelte fosterforeldre

som er oppgitt over praktiske problemer på grunn av at de, ettersom de ikke har foreldreansvar, ikke har tilgang til Helsenorge.no på vegne av barnet, og ikke rett til for eksempel å foreta skifte av fastlege. Når det gjelder foreldre som har blitt fratatt omsorgen til sitt/sine barn, beskriver de et dårlig forhold til barnevernet. De sliter med at de ikke involveres eller har innflytelse samtidig som de kan være uenig i hva som er barnets vansker eller diagnose og derav behov, og som en konsekvens av dette også oppfatning om at feil tjenester inne i bildet.

I det følgende går vi inn på foreldrenes beskrivelse av sine erfaringer når det gjelder behov for, tilgang til, og hva de oppfatter som barrierer for psykisk helsehjelp for sitt barn.

4.2.1 De fleste foreldre og fosterforeldre mener barnet har behov for psykisk helsehjelp, men ikke alle får hjelp

De fleste foreldre og fosterforeldre vi intervjuet beskriver psykiske vansker og diagnoser hos sitt barn. Der BUP for tiden ikke er inne i bildet, har mange en klar oppfatning om at barnet trenger psykologhjelp, og henvisning til BUP. BUP har også vært inne i bildet på et tidspunkt for samtlige av barna i utvalget av foreldre og fosterforeldre - noen har for tiden et tilbud, og enkelte har hatt flere behandlingsperioder i BUP over flere år. Andre har vært til utredning i BUP, men ikke fått et tilbud.

Det er BUP som etterlyses av foreldrene der barnet sliter psykisk, men flere av foreldrene er skuffet over BUP. Det er enten fordi de vurderer at behandlingstilbudet som barnet har fått har vært for dårlig, eller fordi barnet ikke har fått et behandlingstilbud. Vi kommer tilbake til foreldres vurdering av BUP der barnet har, eller har hatt et behandlingstilbudtilbud, men ser først på i hvilke tilfeller foreldre beskriver at barnet ikke har fått tilbud.

Flere foreldre beskriver det som vanskelig og uforståelig der barnet enten ikke har fått et tilbud i BUP i det hele tatt, eller at BUP har avsluttet behandlingen tidligere enn forventet. Det er interessant at i alle disse eksemplene sliter barna med ADHD, atferdsproblematikk og tilknytning. De får medisiner, men ifølge foreldreinformantene får de ikke psykologisk oppfølging for det de sliter med.

Et fosterforeldrepar beskriver barnet som innadvendt og med atferdsvansker, de ser at han sliter – men får ikke kontakt med han om det som er vanskelig for han. De opplever at BUP har sviktet, er frustrert over dette, og skjønner ikke hvorfor BUP ikke kan gå mer aktivt inn. Familien har hatt familieorientert atferdstiltak (MST), og tilsynsfører som gutten har god kontakt med. De har også hatt kontakt med kommunepsykolog, men han jobber systemisk og ikke med individuell behandling, slik de ønsket for gutten.

En annen fosterforelder beskriver at barnet har reaktiv tilknytningsforstyrrelse, ADHD og problemer med atferd. Gutten hadde et tilbud i BUP, men tilbudet «ramlet ut» på et tidspunkt:

Det var jo en utredning av uro og aggressivitet og frustrasjon og, ja sånn at de [BUP] konkluderer til slutt med en ADHD-diagnose. (...) Han har en-til-en støtte på skolen, og et eget opplegg og der er det hyppige ansvarsgruppemøter, med PPT og med omsorgsenheten, og tidligere så var det også inn under BUP, da var jo også BUP med [i ansvarsgruppen]. Så på et eller annet tidspunkt så har jo BUP ramlet ut.

For fostermor var det uklart hvorfor BUP ikke lenger skulle gi et tilbud. Hun mente det heller ikke var noen som tok tak i det i ansvarsgruppen etterpå, å sørge for å inkludere BUP - at de ikke var en del av ansvarsgruppen. Hun mener det kunne handle om problematikken til gutten, tilknytningsforstyrrelse, noe hun oppfatter at BUP ikke vil «ta i med tang». Hun beskriver avslaget på siste henvendelse til BUP som begrunnet med pakkeforløp.

Den siste henvendelsen i forhold til oppfølging til BUP kom jo tilbake med et avslag, fordi de hadde ikke et pakkeforløp som passer til ham, eller som de tenker han passer inn i, så det er ikke snakk om at han skal få hjelp med sine problemer, det er sånn: har du problemer som er tilpasset vår pakke.

Ja, og da er det jo «fiffig» å bare si at «Nei, vi behandler alle som passer inn, ikke sant?» Det er mange som ramler utenfor - det ser vi. Nei, jeg synes det er vanskelig å få god hjelp, og det vet jeg at også andre synes, som ikke er fosterforeldre da.

Informanten poengterer at tilgang til BUP er et generelt problem.

En annen forelder (med barn under offentlig omsorg) viser til sitt barns behov for psykolog grunnet mange flyttinger og skifte av fosterforeldre. Barnet har oppfølging i BUP, men denne kontakten dreier seg kun om regulering av medisin for ADHD, ifølge mor. Hun er frustrert fordi gutten ikke får psykologhjelp, fordi hun ser at han har behov for det nå når han nok en gang skal skifte fosterfamilie.

Jeg tenker at han må få en psykolog, eller noen som i hvert fall har en så bra utdanning at de ... Ja, kall det en barnepsykolog da. Han må få noen så han får luftet seg, åpnet seg, for nå kommer han til en vilt fremmed familie.

En annen forelder (med barn under offentlig omsorg) beskriver at barnet har store atferdsutfordringer. BUP har vært involvert i flere omganger, han fikk ADHD diagnose tidlig og ble satt på medisin. Mor mener han blir apatisk av medisin for ADHD, og at han trenger psykolog eller en miljøterapeut - noen som kan nå inn til han så han kan sette ord på alt han har opplevd.

4.2.2 Det kan ta lang tid å få et behandlingstilbud

Blant de som har fått et tilbud i BUP er det enkelte foreldre som forteller at det tok lang tid å få et behandlingstilbud, og at man har prøvd gjentatte ganger. Flere forteller også om at det var spesielt vanskelige hendelser, som etter hvert medførte at barnet fikk hjelp.

En far forteller om hvordan de opplevde at deres barn hadde store vansker i tilknytning til mobbing, og kom opp i situasjoner som var svært uheldig for henne, etter hvert utviklet hun spiseforstyrrelse og begynte med selvskading. Barnevern og BUP ble involvert i tilknytning til et overgrep som skjedde. På spørsmålet om hun har fått tilstrekkelig hjelp forteller far at barnevernet har dratt i gang ansvarsgruppe med miljøkontakt på skolen, og alle involverte tjenester, og at de også fikk et familieterapitilbud. Foreldrene opplevde likevel at det tok det lang tid før hun fikk et behandlingstilbud i BUP som handlet om henne, som var det de forventet.

Jeg har ikke noe annet negativt enn at de [BUP] ikke kom i gang. (..) Jeg tror barnevernet måtte sende en henvisning tre ganger til BUP ... før man klarte å komme seg inn. (...) Så for å få i gang det her igjen; systemet, så gikk det rimelig lang tid ... ja. (..) Nå startet hun (..) Hva som kommer ut av det, det gjenstår jo og se.

I et annet eksempel der det også skjedde lignende dramatiske hendelser, beskriver fostermor at når BUP først kom inn så synes hun det har vært veldig greit, og at det har vært veldig god tilgjengelighet til behandler - at hun kan ringe når som helst, og at behandler har vært stabil.

Det var jo så masse, og vi ba om hjelp og hjelp og hjelp og hjelp. Så begynte hun å kutte seg. Så lå det et selvmordsbrev der. Da gikk det ikke så lang tid før vi hadde første time på BUP.

I et annet eksempel forteller en fosterforelder om at barnet deres har hatt mye utredning og oppfølging på grunn av at mor var i LAR. Når BUP ble involvert med samtaler fra 8. klasse, hadde de forsøkt lenge å få et tilbud. De fikk tre avslag før de fikk tilbud - ifølge fosterforelder fikk de avslag fordi de som fosterfamilie «gjorde en så bra jobb». Fosterforelder uttrykker som følger om temaet:

Generelt så synes jeg at tilbudet på en måte er for dårlig. Du skal være ganske dårlig, med – kall det med diagnoser; før du på en måte får hjelp. (...) Sånn at ... ja, det var noen år med frustrasjon før vi på en måte fikk det gjennom, da.

Denne fostermoren beskriver videre at det er kanskje vanskeligere når det gjelder å få et psykisk helse tilbud, og at det kan ta lang tid å jobbe med problemene, på grunn av at det kan være snakk om barn som har så mye «bagasje» - ting man ikke ser, men som kommer til overflaten og må jobbes med.

Jeg tenker jo at min erfaring i hvert fall er at du som forelder må stå på veldig, kanskje spesielt på det psykiske tilbudet. På det fysiske tilbudet så tenker jeg at så lenge du har en fastlege; så bør fastlegen funke. Og har du ikke en fastlege som funker, så bytter du til en annen fastlege, ikke sant. Men det er ikke sånn, hvis du tenker nå at det psykiske tilbudet ikke hadde funket; hva annet hadde vi hatt, ikke sant? Så det er viktig at vi på en måte - eller at man skjønner at foreldrene må stå på ganske mye. Det er liksom det ene. Og det andre er jo kanskje også å tenke kontinuitet ... at man - det er liksom barn som har så mye bagasje, og som vi vet så lite om. Så kommer det opp, liksom, grums etter hvert - og det er da man skal fortsette.

4.2.3 Ingen er uten et hjelpetilbud, men er det passende eller tilstrekkelig?

Tabell 4-1 viser at barna til informantene i utvalget har, eller har hatt oppfølging av flere tjenester. Der foreldrene mener barnet har behov for behandling i BUP, har barnet gjerne kontakt med andre tjenester på kommunalt nivå, som helsesykepleier eller miljøterapeut i skolen. Det er ingen i vårt materiale som ikke er i kontakt med en eller flere hjelpetjenester. Det kunne imidlertid være uenighet mellom tjenester/system og foreldre om hva som kan være nyttig. Det kan være vanskelig for foreldre å vurdere om det tjenestetilbudet barnet mottar er tilstrekkelig eller ikke, særlig når det er snakk om psykiske og sammensatte vansker der det også for hjelpetjenestene selv kan være uklart hvilken type behandling eller oppfølging som bør velges.

Foreldres vurdering av hva som er passende eller tilstrekkelig hjelp preges nok av at mange har kjennskap til BUP, men mindre kjennskap til for eksempel lavterskeltjenester i kommunen. Der barnet har hatt kontakt med psykisk helse- og rusarbeid i kommunen er det svært få foreldre som har erfaring med denne tjenesten, og i de få tilfellene der de har det er det påfallende lite tro på at dette kan være tilstrekkelig.

En forelder beskriver misforståelser i tilknytning til type hjelp barnet fikk. Mens de forventet et tilbud som var tilpasset hennes vansker, og hvordan hun kunne håndtere vanskene, fikk de et familierapiprogram.

Jeg vet ikke hva som skjedde, men det var en del misforståelser i systemet på barnevernet ... hvor vi trodde de hadde fått forståelse av situasjonen og litt sånne ting. Og når vi skulle ha et sånn første møte med barnevernet da, så kom det fram til at det var satt opp et sånn her familierapiprogram, uten noen slags fokus på henne alene, som da vi trodde at det her egentlig handlet om. Nå [etter endelig å ha fått tilbud i BUP] skal hun ukentlig til BUP i forhold til den ADHD'en og hvordan hun skal takle seg selv og følelser og impulser osv.

Som i dette tilfellet dreier det seg ofte om flere og sammensatte psykiske vansker kombinert med andre typer problemer, og gjerne uklart hvordan hjelpeapparatet best kan tilnærme seg problematikken.

Flere - både fosterforeldre og foreldre, formidler også at de opplever det som vanskelig å få innsikt i hvor omfattende hjelpebehovet er, årsak til vanskene, og om hjelpetilbudet de får er tilstrekkelig eller ikke. Eksempelvis forteller en far om en rekke problemer som hjemmeboende tenåringsdatter sliter med. Han er fornøyd med helsehjelpen og annen type hjelp hun har fått, men at det gjenstår å se hva som kommer ut av hjelpetiltakene. Han peker på problemer de som foreldre har, både når det gjelder innsikt i hva problemene dreier seg om, og om det tas godt tak i problemene fra hjelpeapparatets side – om jenta får god og nyttig hjelp nå som hun endelig har fått et behandlingstilbud i BUP.

(..) for eksempel, for å ta den skadingen som hun enda holder på med, så kan ikke jeg vite at det er noen i systemet nå som tar seg av den biten. Jeg mener jo det at det er jo en psykisk årsak – hva nå enn hva den måtte være. Men for oss som foreldre så vil vi aldri få tak i det, for hun vil ikke prate med oss, uansett. Så akkurat det punktet der føler jeg meg usikker på – men igjen, så kan det jo

godt hende at det er ADHD-relatert og litt sånn selvoppfattelse, og at kanskje ved riktig medisinerer og sånt at det blir borte.. Men det gjenstår jo å se.

Foreldre kan vite mye om konkrete hendelser som har skjedd, og om vansker som barnet har. Samtidig vet de ikke alt. Barnet vil kanskje ikke prate med dem om disse tingene. Foreldrene grubler over hvordan barnet har det, hvordan det går, hva som er til hjelp, om barnet vil få det bedre med den hjelpen hen får. Det at man ikke har fullstendige svar på slike spørsmål bidrar også til at det er vanskelig å vurdere om hjelpen er tilstrekkelig eller ikke.

Fosterforeldre på sin side kan ha mangelfull kjennskap til barnets bakgrunn og lite kunnskap om hendelser barnet har vært utsatt for før de overtok omsorgen som fosterforeldre, og dermed ha vansker med å forstå hjelpebehov. Noen fosterforeldre ga uttrykk for frustrasjon på grunn av dette fordi det kunne være vanskelig å forstå reaksjoner og atferd hos barnet eller ungdommen, og dermed også å ha formening om hva som var behov for av hjelp og støtte.

Vi skjønnte vel ikke så mye av henne, til å hjelpe henne da. Så vi mente jo at hun skulle hatt psykisk helsehjelp, og prøve å finne ut av det. Vi hadde veldig lite bakgrunnsstoff om henne, og det var fordi vi ville bli kjent med henne selv. Det var egentlig ikke noe vi maste om. Når vi ikke fikk det så.. Ja, de [barnevernet] sa noe og så visste vi ikke mer. (...) Ja, det vet vi jo ikke... fordi at vi føler jo at det ligger mer her, og det føler hun mer og mer på selv. «Hvem er jeg? Hva har jeg egentlig opplevd?»

4.3 Hva er viktige tjenester? Erfaringer med enkelttjenester

Hvilke helsetjenester vurderes som viktige av foreldre, og hva har betydning for at tjenesten vurderes som viktig?

BUP er den tjenesten som er mest etterspurt - BUP er viktigst i den forstand at mange foreldre oppfatter at barnet trenger god og spesialisert psykologisk behandling. Samtidig er BUP den tjenesten som oppleves mest utilgjengelig, og som også en del foreldre som har erfaring med tjenesten er kritisk til. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid nevnes svært sjelden, få har erfaring med at tjenesten har vært brukt. Det samme gjelder fastlegen. Derimot er det mange som nevner helsesykepleier på skolen, at ungdommen har gått til samtaler der, enten fast eller sporadisk. Noen foreldre nevner også miljøterapeut tilknyttet skolen som et nyttig tilbud. I det hele tatt nevner flere foreldre at skolen fungerer som arena for hjelpetiltak og kontakt med barnet. I noen tilfeller beskrives også skolen som arena for ansvarsgruppe/team rundt barnet. I det følgende presenteres foreldrenes erfaringer med enkelttjenester.

4.3.1 BUP - tjenesten som er mest etterspurt, og som flest er kritisk til

Som allerede beskrevet er BUP vurdert som en svært viktig tjeneste som de fleste foreldre beskriver at barnet har eller har hatt behov for når det gjelder et bredt spekter av psykisk helseutfordringer. En del foreldre med forventning om tilbud i BUP opplever at barnet ikke får det, føler seg dermed sviktet, og skjønner ikke hvorfor BUP ikke skal ha en rolle. Når det gjelder de som har eller har hatt behandlingsopplegg i BUP, er det flere av foreldrene som har negative historier, og som er misfornøyd med nytten av tilbudet. De opplever at BUP har sviktet ved at de ikke har tatt et mer aktivt grep – at hjelpen blir for passiv, at BUP ikke bidrar med nyttige verktøy for barnet, at det skjer utskiftninger av behandler, at de er for passiv når det gjelder samhandling med andre tjenester – for eksempel i ansvarsgruppemøter, og ikke har tatt ansvar der det har vært behov for koordinering mellom ulike tjenester.

Problemet med skifte av behandlere er særlig utbredt, enten på grunn av at barnet har flyttet, eller høy turnover i BUP'en. Enkelte er misfornøyd med behandlingsopplegget og mener det er for dårlig, for lite tilpasset barnets problemer, eller for avgrenset til medikamentell behandling.

I ett eksempel beskriver fostermor at hjelpen jenta har fått fra BUP for sine traumer og for spiseforstyrrelse har vært «varierende» og «ikke vellykket», mye på grunn av utskifting av tre eller fire ulike behandlere. Samtidig, når hun beskriver behandlingen, er det enkelte ting hun beskriver som nyttig for jenta.

Ja, det var nok det [flere utskiftninger] som gjorde at det ikke ble noe kontinuitet i behandlingsopplegget. Det å bygge relasjoner og skape tillit på nytt igjen, og på nytt igjen, selv om det var dyktige fagfolk så... (..) Det som var bra med det, og som hun [jenta] har tatt med seg videre, er for eksempel avslappingsteknikker og det å skulle regulere eget stress. Det og teknikker for å slappe av når hun blir liggende våken på natta, det fungerte, og selvfølgelig psykoedukasjon, det å forstå hvorfor hun reagerer sånn som hun gjør, med konsentrasjonsvansker. Så det er jo vanskelig for meg å skulle si helt sånn konkret, men noe var bra og funket fint. Særlig det å skulle ha innsikt i egen bagasje og hva det gjør med henne, se sammenhenger mellom hvorfor hun reagerer sånn når det er så a-typisk, for eksempel.

Selv om fosterforelder beskriver oppfølgingen av jentas mentale helse som det som har vært dårligst, legger hun til at det å skulle vurdere nytten av behandlingen er komplekst, blant annet fordi barnets problemer vil måtte bearbeides i lang tid. Hun sier:

For dårlig i forhold til hva da? Jeg tenker at det er et arbeid som sannsynligvis vil, for hennes del, pågå hele livet. Om hun fikk en god behandling for sine traumer nå, så ville det jo sannsynligvis ikke gjøre at hun fortsatte som om ingenting hadde skjedd. Hun ville alltid ha dette med seg. Men det å få enda noen bedre redskaper til å håndtere det.

I likhet med eksemplet over beskriver også en annen fosterforelder problemet med skifte av behandlere som et stort problem for deres fosterbarn, men i dette tilfellet på grunn av at jenta har måttet flytte veldig mange ganger, og dermed vært innom mange BUP'er. Fosterforelder beskriver at behandlingen har vært til liten nytte også på grunn av det hun oppfatter som feil innretning eller innfallsvinkel til jenta.

På fem år så er jo dette det sjette stedet hun bor, så hun har jo vært mye på farten og vært innom mange BUP'er, og nyttiggjør seg veldig lite av det egentlig, og det skjønner jeg fordi jeg har jo vært med henne et par ganger de par første gangene her i [nevner sted] og det var helt nytteløst fordi hun fikk en ung behandler som bare jattet med henne og liksom strøk henne med hårene (...). Så da byttet vi - vi fikk bytte, så hun fikk en ny behandler. Men hun var veldig på dette med traumesensitivitet og den biten da, men det er ikke det hun trenger heller, egentlig. Hun trenger noen som kan gi henne noe verktøy. (..) Jeg synes BUP er altfor dårlig.

Her er det flere ting som bidrar til misnøye, både det uheldige med mange BUP'er og behandlere, som kan være vanskelig å unngå ved flytting og behandlingsopplegg. Ifølge fosterforelder har fosterdatteren samme oppfatning av behandlingen, og beskriver også hennes reaksjoner på behandlingen.

Hun synes det var helt bortkastet, hun hadde ikke noe nytte av det, sa hun. Det hun sier er at: «Jeg har hørt det de snakker om hundre ganger før (...) jeg trenger noen verktøy som jeg kan bruke» - ja som kan hjelpe henne til å sette ord på følelser da, de vanskelige følelsene som hun sliter med. Og at hun føler at de på BUP snakker alt for mye rundt grøten. Hun første gjorde det. Hun var ung og uerfaren, og hun nummer to hun var bare opptatt av traumesensitivitetsbehandling, og det var heller ikke noe.

Mens kritikken i disse eksemplene handler om unge jenter, og handler om depresjon og vanskelig følelsesliv, handler et annet kritisk perspektiv på BUP om oppfølging i tilknytning til ADHD, der behandlingsopplegget er medikamentell behandling. Dette er også nevnt i kapittel 4.2.1, med eksempler på foreldre som var kritiske til at deres barn med ADHD og atferdsproblemer ikke fikk et behandlingstilbud utover medisiner. I ett eksempel er forelder (med barn under offentlig omsorg) opptatt av at barnet bør ha psykologisk hjelp som handler om samtaler, mens tilbudet gutten får fra BUP er Ritalinbehandling.

Forelderen er veldig bekymret både fordi hun mener dosen Ritalin er altfor stor, og fordi hun har hørt at de skal øke dosen.

De trapper opp enda 10 mg. Da blir jeg så matt jeg, for jeg tenker at, herregud ... Hva er det som skjer da? Det skal jo ikke gå an. (..) Nei. Det altså ... Det må jo ... Eller, mulig det er det han trenger, men jeg synes det er mye da. Det er ganske mye. Til en 10-åring (...) Så jeg synes ikke at han får noe ... Jeg synes ikke den medisineren har blitt håndtert så bra i forhold til hvordan vekt-greiene hans har vært da, og han har jo hatt dårlig matlyst (...).

Generelt virker foreldrene å ha store forventninger til BUP, og setter sin lit til at BUP skal bidra til at barnet får det bedre når det gjelder psykisk helse. Det kan tenkes at det lettere oppstår misnøye med behandlingen når vanskene er komplekse og sammensatte, når det kan være vanskelig å avgjøre hva som er viktigst å ta tak i.

Et par av fosterforeldrene vi intervjuet trekker utelukkende fram positive erfaringer med BUP. En fosterforelder til en jente med mulig spiseforstyrrelse, søvnproblemer – «nedstemt», men har ikke en psykiatrisk diagnose, er svært fornøyd med tilbudet i BUP. Hun forteller også at det er BUP som er sentral for jenta, med samtaler hver 14 dag. På spørsmål om hva som gjør tjenesten viktig svarer fostermor at det nok er det at her ventileres livsproblemer, og at det er det som er behovet. Videre at behandler representerer kontinuitet. Det har vært den samme behandler der hele tiden, og jenta ønsker ikke andre behandlere. Fostermor poengterer at de har vært «kjempeheldige» ved at både saksbehandler og tilsynsfører i tillegg til behandler har vært stabile – det har vært lite utskiftinger gjennom årene.

En annen fostermor trekker også fram BUP som en viktig og god tjeneste for dem. Dette når de først kom inn i BUP. Hun beskriver det som veldig greit, med god tilgjengelighet og en stabil behandler.

Etter at vi kom inn i systemet så har vi vært veldig heldige, vil jeg si. Nå har hun vært en del syk hun behandleren, men allikevel så har hun vært der for henne når hun har trengt det ekstra i forhold til de timene hun egentlig skulle hatt. Så vi har egentlig bare kunnet ringt, og vi får fått tid. Eller hun har ringt og spurt om råd.

I begge disse eksemplene trekker godt fornøyde fosterforeldre fram at det har vært god tilgjengelighet og at en stabil behandler over lengre tid. I begge tilfellene har også fosterforeldrene hatt dialog med behandler ved å delta i konsultasjonene av og til, og ved at de har fått gi innspill til behandler om hva det er behov for å snakke om.

Det hender jeg snakker med henne [behandleren] utenom da, fordi at.. Hun må nesten ha noen stikkord for å kunne.. Ja.. finne ut, i samtalene, for [navnet på jenta] kan jo bare legge ut om at alt er perfekt også hun. Slippe å snakke om ting, så er jo det det beste.

4.3.2 Lite bruk av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Det er ikke mange foreldre som forteller om barn som har brukt tjenesten for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Det er tre av de fjorten informantene som beskriver slik erfaring.

En fostermor forteller at jenta har brukt to forskjellige lavterskeltilbud i kommunen knyttet til psykisk helse. De var der og spilte spill og sånn, men ifølge fostermor syntes jenta det var bare tull, og at hun ikke fikk noe ut av det. Fostermor betegner det mer som støttekontakt enn noe annet. Det hadde likevel vært bra i starten, og dette virker å være avhengig av en person som jobbet der.

Først så hadde hun [jenta] en som var egentlig ganske alright, men så sluttet hun [ansatt/kontakt i tjenesten] ganske brått. Og så gikk det da sikkert seks måneder før de hadde fått på plass en ny en, og da - etter en stund sa [barnets navn] at: «jeg gidder ikke å gå der. Jeg synes ikke det er noe vits i liksom. Det er ikke noe gøy.»

En mor (med barn under offentlig omsorg) forteller at datteren ble avvist i BUP. Mors vurdering var at dette var greit ut fra hva jenta sa om denne erfaringen: «de bare snakket om ting som ikke var relevant for henne. Da var det ikke noe vits i å være der.» I stedet fikk jenta et samtaletilbud i Familiens hus, noe mor betegner både som «frigjørende» og som en «lufteventil uten faglig relevans»:

Videre så har hun da hatt samtaler med noe som heter Familiens hus her i kommunen, hos det som jeg tidligere ville betegnet som psykiatrisk hjelpepleier - de har jo en annen fagtittel nå. Og det er noe som hun ikke ønsket, men som ble påtvunget av barnevernet. Og der har jeg også inntrykk av at de kan snakke om hva som helst. Og det kan være litt sånn frigjørende når det gjelder konflikter på skolen og med fostermor og slike ting. Men det virker ikke som det kommer noe som helst konkret ut av det. (..) det er en slags ventil (...) Og hun bruker den av og til når hun føler for det (..) Men det virker ikke som det fører til noe, det er bare en lufteventil, uten noe faglig relevans. Og uten noen kurasjon.

Mor på sin side ønsket at datteren skulle få tilbud i BUP fordi dette var fagfolk, og på et spesialisert nivå, mens hun ikke hadde tiltro til Familiens hus, som en del kommunen og det systemet som sto bak vedtak om omsorgsovertakelse.

Jeg har inntrykk av at de [barnevernet] kobler henne opp til Familiens hus for å ha det som et alibi for at de liksom skal ha gjort noe for å unngå at hun kommer i kontakt med fagfolk.. Det er mitt inntrykk. Hadde hun kommet i kontakt med fagfolk, så hadde veldig mye av det den kommunen [barnevernet] har gjort blitt gjennomskuet og forhåpentligvis tatt tak i og ryddet opp i. Og hadde mistet hele omsorgsovertakelsen.

I dette eksemplet mistenker mor en slags samrøre mellom barnevern og samtaletilbudet til jenta i Familiens hus. Hun har ikke tiltro til kommunen og ønsker at fagfolk, det vil si spesialisthelsetjenesten, skal ta tak og rydde opp. Selv om dette er ett eksempel, og viser særlig sterk mistro til kommunen, kan det tenkes at noen foreldre som har vært gjennom en omsorgsovertakelse kan tenke seg tilbud til barnet som er uavhengig av kommunen.

4.3.3 Helsesykepleier er hyppig brukt

Av kommunale helsetilbud er det helsesykepleier som oftest nevnes av foreldrene at barnet har kontakt med (se oversikt i Tabell 4-1) – enten for jevnlig samtaler over tid, eller for å stikke innom ved behov. Noen foreldre beskriver også helsesykepleier som ansvarlig for koordineringen av ansvarsgruppen rundt barnet. I ett eksempel beskriver forelder at barnet kan komme til helsesykepleier når hun vil. Jenta har blitt plaget med mobbing, og helsesøster har jobbet med trygging og selvbilde, ifølge mor.

I et annet eksempel på bruk av helsesykepleier forteller en mor (med barn under offentlig omsorg) at omsorgsovertakelsen var et så stort sjokk for barna – en skremmende opplevelse, og at det ene barnet brukte helsesykepleier.

Det var skremmende opplevelse for dem [flere barn] alt i alt vil jeg si. Så skremmende at datteren vår begynte å fly ned døra til helsesøster på den barneskolen. Hun ble jo flyttet med skole også, ikke sant, og begynte å få katastrofetanker om brann, og hun begynte å tisse på seg om natta, og altså ... Hun var så aktivert, eller hun var så i alarmberedskap, kaller de det da, at hun ... fra å fungere bra til å være helt på ville veier altså.

Historiene om helsesykepleiers bidrag er i all hovedsak positive, med unntak av en mor (med barn under offentlig omsorg) som beskriver at helsetjenestene i kommunen er alliert med barnevernet. Hun mener de kommunale tilbudene som barnet har fått har vært preget av tvang slik at barnet ikke har tiltro til helsetjenesten.

Hun [jenta] ble tvunget til å ha kontakt med helsesykepleier på barneskolen en periode. (...) hun opplevde jo da at helsesøster på den tiden var positiv til barnevernet, som hun [jenta] da var negativ til, så hun opplevde det som et svik.

Hovedinntrykket fra datamaterialet er imidlertid at foreldre har tiltro til helsesykepleier, og at tjenesten har en viktig funksjon som et lett tilgjengelig og fleksibelt tilbud for målgruppen.

4.3.4 Skolen - en viktig og praktisk arena

Skolen er sentral for barnet i den forstand at det er her barnet befinner seg store deler av dagen. Ofte har barnet problemer knyttet til skolen, slik foreldrene beskriver det. For eksempel med lærevansker og med mobbing. Flere av foreldrene nevner også skolen som en viktig arena for hjelp når ressurser og tverrfaglig samarbeid settes inn. På denne arenaen finnes både lærere, skolehelsetjeneste/ helsesykepleiere og miljøterapeuter, og ikke minst barnet selv. Det kan være praktisk å bruke denne arenaen for møter, og enkelte foreldre nevner også at ansvarsgruppen koordineres fra skolen - av for eksempel helsesykepleier eller miljøterapeut på skolen. På den annen side kan det også tenkes at noen barn og unge kan oppleve det stigmatiserende at møter med de ulike tjenestene skjer på skolen (jf. kap. 3).

En mor (med hjemmeboende barn) beskriver at i deres tilfelle har hun sørget for at det ble etablert ansvarsgruppe.

Jeg dannet et ansvarsgruppemøteteam på skolen, og det hadde med miljøterapeuten, helsesykepleier, spesialpedagog, lærer, meg og barnevernet. Dette for at hun skulle vite at lærer alltid er der - på skolen, hun kan gå til miljøterapeuten to dager i uken, og når ikke helsesøster er der, og hun kan gå dit de to andre dagene som helsesykepleier er der. Sånn at hun liksom på en måte har fått den tryggheten av å kunne være seg selv, og at det er greit å snakke med noen (...) Ja, og så har jeg veldig god kommunikasjon med lærere, og føler at jeg også har det med miljøterapeuten og helsesykepleier, uten at vi behøver å gå steget til å gå til gruppen da. Liksom at hvis det er noe her i dag, noe som skjedde i skolegården, så behøver man jo ikke å samle et helt team bare for å snakke om det ene sånn sett, så blir det heller tatt opp i et sammendrag når vi møtes.

Skolen kan også være en viktig arena for å fange opp at et barn sliter. Enkelte foreldre forteller at skolen utgjør en del av problemet for barnet, på grunn av mobbing. Spørsmålet er om skolen tar grep for å ivareta barnet. En far (med hjemmeboende barn) opplever skolen som særs viktig, og beskriver hvordan de ble oppmerksomme på at jenta ble mobbet på grunn av en vikarlærer som påpekte dette.

Det som er viktig, føler jeg... om det er nummer 1 det er jeg usikker på, men hvert fall veldig viktig; og det er jo skolen. Det er jo at hun [jenta] blir sett og hørt på skolen, at det er voksne som vet om henne og litt hva hun sliter med, og som kan lese signaler. For det er jo klart at det er stor forskjell på lærere og hva de oppfatter og hva de ser og. Et eksempel er jo - før vi fikk ordentlig behandling og fikk hjelp og sånn [til jenta] - når hun kom inn i klasserommet så følte hun at alle kikket på henne, og visket og tisket. Dette var ikke noe vi hørte fra lærerne, men så kom det inn en vikar, og hun ble sjokkert første dagen hun hadde vikartime og [navn på barnet] kom inn i rommet. Fordi alle [elevene rundt] forandret seg ... så hun [vikaren] oppfattet med en gang at det var en stemning der som - at det var noe helt feil. Så det er jo å ha fokus og prøve å oppfatte ting. Så skolen er veldig viktig, for hvis hun ikke kommer seg på skolen, ikke klarer å gå på skolen så er løpet kjørt. (...) Det handler jo om hvordan hun klarer å integrere seg i skolearbeidet, med andre elever. Og hvordan de tilrettelegger det i forhold til grupper og, ja det er mange ting som de kan gjøre i skolearbeidet ... for å gjøre det lettere.

I et annet tilfelle der mor (med barn under offentlig omsorg) forteller om fullstendig mistillit til barnevernet og kommunen, både fra foreldre og barn sin side, beskriver mor at skolen har vært tungt involvert med flere tiltak og gjort en fantastisk jobb, slik mor vurderer det.

Så vi så på det som at han var trygg og hadde tillit til, iallfall de som han har rundt seg på skolen. Skolen gjør en fantastisk jobb i forhold til å forsøke å tilrettelegge for han. De har vunnet hans tillitt nok til at han kan snakke om oss, ikke sant.

4.3.5 Barnevern kan ha en viktig rolle for helsehjelp

De fleste foreldre i utvalget beskriver forholdet til barnevern som greit, og enkelte beskriver et veldig godt samarbeid om barnet. Dette handler i hovedsak om at de har en saksbehandler eller kontaktperson som de opplever som god, som bistår dem når de trenger det, og som de kommuniserer godt med. Foreldrene som fortalte at de hadde fått fratatt omsorgen for sine barn beskriver derimot et svært anstrengt og turbulent forhold til barnevernet.

Datamaterialet gir noen eksempler på hvordan barnevernet spiller en rolle når det gjelder å sørge for helsehjelp. De kan henvise til BUP, gi veiledning til foreldre, og utgjøre viktige kontaktpersoner for barnet. Datamaterialet gir også eksempler på stor uenighet mellom foreldre og barnevern – eller hele «systemet» - inkludert hva som er riktig helsehjelp.

En fostermor betegner kontaktperson i barnevernet som den viktigste og nyttigste kontakten når det gjelder barnets psykiske helse mens hun mener jenta ikke har hatt nytte av BUP. Hun beskriver at familien har «veldig nær dialog med denne hjelpepersonen i barnevernet».

En annen fostermor forteller at hun har fått mye veiledning fra barnevernet for å kunne forstå «all bagasjen» til barnet.

Nei, altså ... ja, det har vært ganske vanskelig å egentlig føle at vi har fått nok hjelp til henne psykisk. Men ... ja, akkurat nå er vi inne i en skikkelig drittperiode. Så det er litt sånn - så jeg får jo også veiledning, jeg har fått mye veiledning egentlig; hos barnevernet. For å hjelpe til litt jeg og, for det er klart at ... - jeg tror det er vanskelig for en del å forstå all bagasjen på en måte ... så, ja.

Et fosterforeldrepar forteller at de fikk lite informasjon på forhånd om helsetilstanden til barnet de skulle ha hos seg. Når det etter hvert viste seg at det var til dels store utfordringer var dette litt vanskelig for dem, men så fikk de også god oppfølging på sykehuset, og barnevernet sendte dem på kurs og samlinger for å lære. De sier som følger om dette samarbeidet.

Men det jeg har lyst til å si er at Barnevernet er veldig positive til å hjelpe oss. Det var vel egentlig det du spurte om. Og de prøver å legge til rette. Det er ikke noe som står klart, vi må finne det selv. Og vi må kjenne på oss, hva er det vi trenger? Så ... for oppleggene er ikke klare. Og det forstår jeg, for det er forskjellige behov etter unger og sånt også.

Et kritisk moment kan være at det er lite samarbeid mellom barnevern og BUP. En fostermor beskriver hvordan både barnevernet og BUP er tett på, men at det er hun som er «linken» mellom de to tjenestene.

Jeg sendte jo mail til både barnevernet og til BUP i går kveld, etter at vi hadde hatt det heftig her i går, hvor livet var helsvart [for jenta]. Og da skrev jeg at det er litt sånn til info - fordi det skal være hjemmebesøk på torsdag som kommer, også skal vi til BUP neste onsdag. Så jeg sa at dette, og nå skjer det ting her liksom .. dette må vi ta tak i.

Blant forelder fratatt omsorgsrett fant vi derimot et perspektiv som handlet om at man ønsket at det ikke skulle være et samarbeid mellom barnevern og andre tjenester (jf. eksempler kap. 4.3.2 og 4.3.3).

4.4 Trygg og nyttig hjelp

I hvilken grad erfarer foreldre at barnet opplever hjelpen som trygg – og opplever de hjelpen som nyttig? Trygghet i betydningen at barn tør å åpne seg, og at barn (og foreldre) har tillit til behandler eller saksbehandler.

4.4.1 Problem med mangel på kontinuitet

For å få tillit har det betydning å bli møtt på en god måte, bli godt kjent, og for å bli kjent trengs tid. Problemet er at det ofte skjer brudd. Særlig legger foreldrene vekt på problemet med mangel på kontinuitet i behandlingstilbudet i BUP, men også i de andre tjenestene. En fostermor med lang erfaring gir følgende vurdering av problemet med skifte av kontaktpersoner eller behandlere, som innbefatter både barnevern og BUP.

Det er en kjensgjerning at det er veldig stor gjennomtrekk - og når du jobber med, jeg tenker særlig med ungdommer da, så er det viktig å ha noen som er stabile fordi at jeg skjønner veldig godt at du ikke gidder å fortelle den samme historien flere ganger. For det blir litt sånn som- jeg sammenligner BUP litt med disse saksbehandlerne i barnevernet at, ja vi hadde jo første året så hadde vi jo fem forskjellige saksbehandlere (...), så det er altfor stor gjennomtrekk. Jeg synes det er superkritikkverdig.

Problemet med utskifting av viktige kontaktpersoner er også aktuelt i andre tjenester. Det kan være en assistent på skolen.

Han hadde jo for eksempel en assistent på skolen som han fikk faktisk være med hjem i løpet av skoletiden, der de gjorde sine ting som [guttens navn] likte å gjøre. Og han ble jo veldig knyttet til han. Plutselig sluttet jo han. Og det var ikke bra for [guttens navn]. Da var det enda en person, ikke sant, som attpåtil var tryggheten hans på skolen. Det ble plutselig revet bort. Så det påvirker han jo selvfølgelig med at han viser jo sinne og han viser mer ... Ja, hva skal jeg si ...? Han blir jo utrygg da, i bunn og grunn. Hvem skal ... Hvor lenge skal jeg være her? Hvordan er de? Hvordan får jeg det nå?

I verste fall velger ungdommen å droppe ut av tilbudet når en ansatt som de har fått god kontakt med slutter, som i dette tilfellet i et lavterskeltilbud i kommunen.

Først så hadde hun [jenta] en som var egentlig ganske alright, men så sluttet hun ganske brått. Og så gikk det da sikkert seks måneder før de hadde fått på plass en ny - og da etter en stund sa jenta: «Jeg gidder ikke å gå der. Jeg synes ikke det er noe vits i, liksom – det er ikke noe gøy.»

Som en far sier: «Det har vært mye folk i permisjon, folk som slutter, så det har vært mange å forholde seg til, det har det vært.» Det er vanskelig å unngå den type brudd som skyldes at folk skifter jobb. Datamaterialet viser også flere eksempler på brudd i kontakt med tjenester, behandlere og kontaktpersoner på grunn av at barnet selv flytter – eksempelvis får ny fosterfamilie.

Flere forteller om dårlige erfaringer med BUP, og veldig ofte skyldes det at det har vært forskjellige behandlere inni bildet. Dette er i seg selv en årsak til at enkelte ikke ønsker å fortsette behandling i BUP, som følgende er et eksempel på.

Men det vil jeg si var med... varierende hell. For der var det, i løpet av den tiden hun var der så var det tre eller fire forskjellige behandlere. Så, så fort hun var 18 så takket hun nei, hun ønsket ikke fortsette det.

En fostermor forteller at det ble byttet tilsynsfører, og at den nye synes det er vanskelig å komme inn i og bli kjent med barna, og å få deres fortrolighet.

Jeg sier - da må du bare stå i det, det går på tid, dette er barn som har vært sviktet på mange fronter, ikke sant. Altså, de har vanskeligheter for å stole på, du får ikke tilliten deres bare fordi du vil, ikke sant, du må jobbe for den!

4.4.2 Manglende tillit til systemet

Mangel på trygghet og tillit til tjenestene kan også skyldes de opplevelsene som barn har i tilknytning til at barnevernet har overtatt omsorgen.

En mor (med barn under offentlig omsorg) forteller at sønnen har mistet tillit til hjelpeapparatet på grunn av det som skjedde i forbindelse med omsorgsovertakelsen, som gutten selv beskriver som «bortføringen».

Jeg tenkte «herregud, hvordan har dette følt for han?» Altså, jeg vet jo hvordan det føles for meg, men han har jo erfart i offentlig omsorg å ikke bli hørt da. Han har jo ... Altså, det er konkludert på lovbrudd på alle barnas rettigheter i offentlig omsorg her også.

Mors erfaring er likevel at alle de impliserte forsøker å få han til å gjenvinne tillit.

Skolen, og også fosterhjemmet, har forsøkt å få inn både helsesøster og psykolog på skolen da, men sønnen vår er sånn ... Fordi at han har mistet all tillitt til systemet, og hjelpeapparatet, og alt, ikke sant, så det er veldig trist, for han hadde absolutt vært i behov av det, men det er ikke snakk om, han nektet plent.

Flere uttrykker at et godt forhold til tjenesten er avhengig av hvilken saksbehandler en har, og om en får en god relasjon til vedkommende. Dette gjelder også fosterforeldre.

Veldig varierende etter hvem som har vært saksansvarlig. Helt ... ja.. Det er det som er alfa omega. De kan gjøre godt, men de kan gjøre veldig mye galt også. Og når vi hadde det på det verste så hadde vi også den verste saksbehandleren.

4.4.3 Digitale utfordringer - manglende tilgang til Helsenorge.no

Flere fosterforeldre er frustrerte på grunn av at de ikke har tilgang til Helsenorge.no. For å ha tilgang må man ha foreldreansvar, noe fosterforeldre ikke har. Foreldre uten felles bostedsadresse med barnet har heller ikke tilgang. Dermed er Helsenorge.no ikke tilgjengelig for fosterbarn. Dette innebærer for eksempel at man ikke enkelt kan bestille legetime gjennom portalen. Under pandemien kunne man ikke innhente prøvesvar på koronatest via portalen. Barnet får selv tilgang til BankID når de er 16, og kan dermed selv gå inn på Helsenorge.no. En fosterforelder beskriver dette som følger:

Det er tungvint å bestille time og hente ut time og ordne med resepter, og alt må liksom skje på telefon. Og så er det sånn at samfunnet i dag oppfordrer jo ikke til å bruke telefon, det oppfordrer til å bruke nettet. (..) Det er noe alle tror at alle kan komme inn på, og som sagt i dagens samfunn så burde det vært en smal sak og gi en henvisning eller en fullmakt til fosterforeldre at vi skulle kunne få gå inn å bestille time, fornye resepter og sånne ting.

Fosterfaren forklarer videre at dette medfører et dilemma, også fordi mange tjenester ikke er klar over dette, men at man i situasjonen ikke ønsker å stadig måtte forklare dette overfor tjenestene.

Altså, jeg får jo den der: hvorfor i all verden kan ikke du gjøre dette her sånn som vi sier. Du føler deg på en måte litt dum da, at du ønsker ikke å utbrodere hva utfordringen er, og si; «nei, dette kan vi ikke, vi er et fosterhjem, vi kan ikke det».

En fostermor beskriver at all kommunikasjon med fastlegen går via hennes bruker. Hun er oppgitt over at dersom man skal ha medisiner på resept så må man ha skriv fra barnevernet om at vi får lov til å hente ut medisiner. En annen fostermor mener fosterbarna faller mellom to stoler, og at man er nødt til å ordne dette.

Istedenfor å lage et system som fungerer for fosterbarn, så bare finnes det ikke. Vi har bare latt disse fosterbarna som er i Norges omsorg falle utenfor uten å gjøre noen ting med det. Det er sjokkerende.. (..) Da tenker jeg at det handler jo rett og slett om at barna havner mellom to stoler, fordi dem ikke finnes på Helsenorge.no og at vi ikke har fått den, altså den fullmakten til å, men så tenker jeg, det må jo kunne ordnes et eller annet sted, noen kunne jo tatt tak i det for et og et halvt år siden, og sagt at «Vet du hva, dette må vi fikse».

4.5 Oppsummering - får barna tilstrekkelig helsehjelp slik foreldre og fosterforeldre opplever det?

4.5.1 Foreldre etterlyser psykisk helsehjelp fra BUP, men er kritisk til hjelpen

Foreldrene i utvalget beskriver i all hovedsak helseutfordringer som handler om psykisk helse hos barnet, og etterlyser først og fremst BUP når barnet sliter psykisk. Foreldrene har i utgangspunktet store forventninger til BUP, og setter sin lit til at BUP skal bidra til at barnet får det bedre når det gjelder psykisk helse. Samtidig som vi finner at BUP er den mest etterspurte tjenesten for å dekke barnets behov for helsehjelp, er det den tjenesten de fleste av de fjorten foreldrene i vårt utvalg er kritisk til.

Foreldrene beskriver stor frustrasjon der barnet ikke har fått et tilbud hos BUP, at BUP har avsluttet behandlingen tidligere enn forventet, eller der behandlingen kun dreier seg om oppfølging med medisiner. Kritikken gjelder i særlig grad der det er snakk om barn med ADHD og atferdsproblematikk, der foreldre beskriver at tilbudet er avgrenset til medisiner, men ikke psykologisk oppfølging med det barnet sliter med.

Videre gjelder kritikken mot BUP i de tilfellene der foreldre opplever at det har tatt lang tid å få et tilbud i til tross for det som oppleves som alvorlige psykiske vansker, eller reaksjoner på alvorlige hendelser som barnet har opplevd. I noen tilfeller at problemer eskaleres i ventetiden, for eksempel til spiseforstyrrelse og selvskadning. Flere foreldre peker på at de selv har måttet «stå på» overfor tjenesteapparatet for i det hele tatt å få et tilbud.

Kritikken mot BUP i de tilfellene der barnet har fått behandling har også mange årsaker, blant annet at hjelpen er for passiv, at det mangler nyttige verktøy for barnet, at BUP er for opptatt av medisiner, problemer med mange utskiftninger av behandler, og for dårlig samhandling med andre tjenester. I de positive historiene om BUPs hjelp finner vi derimot god tilgjengelighet, stabil behandler over tid, og at det er god dialog mellom foreldre og behandler og at relasjonen mellom behandler og barn er god.

4.5.2 Alternative tjenester til BUP?

Der foreldrene mener barnet har behov for behandling i BUP, kan barnet ha kontakt med andre tjenester på kommunalt nivå, som helsesykepleier eller miljøterapeut i skolen. Det er ingen som *ikke* er i kontakt med en eller flere hjelpetjenester. Foreldrene oppgir en rekke ulike tjenester barnet har kontakt med, men virker i mindre grad opptatt av, eller orientert om, hva andre tjenester enn BUP kan bidra med når det gjelder psykisk helsehjelp.

Noen foreldre og fosterforeldre synes det er vanskelig å få innsikt i hvor omfattende barnets hjelpebehov er, og hva som er årsaker til vanskene, og dermed om hjelpetilbudet er tilstrekkelig eller ikke. Ofte dreier det seg om flere og sammensatte psykiske vansker kombinert med andre typer problemer, og uklart hvordan hjelpeapparatet best kan tilnærme seg problematikken. Det kan tenkes at det lettere oppstår misnøye med behandlingen når vanskene er komplekse og sammensatte, der det kan være vanskelig å avgjøre, også for tjenestene, hva som er viktigst å ta tak i.

Av kommunale helsetilbud er det helsesykepleier som hyppigst nevnes av foreldrene - at barnet bruker helsesykepleier enten for jevnlig samtaler over tid, eller for å stikke innom ved behov. Videre nevner flere foreldre at skolen har vært viktig, både som en arena for å fange opp at barnet sliter, at personer i skolemiljøet (kontaktlærer, miljøterapeut, sosiallærer eller helsesykepleier) ivaretar barnet og at skolen i flere tilfeller også koordinerer hjelpen fra de ulike tjenestene involvert. Det siste beskrives som praktisk, men også som noe barn selv ikke alltid ønsker fordi det kan oppleves stigmatiserende om andre barn da kan se at det er noe spesielt.

Datamaterialet gir noen eksempler på hvordan barnevernet spiller en rolle når det gjelder å sørge for helsehjelp ved å henvise til BUP, gi veiledning til foreldre, men også utgjøre viktige kontaktpersoner for

barnet. Det er også et par eksempler på stor uenighet mellom foreldre og barnevern – herunder om hva som er riktig helsehjelp.

4.5.3 Trygg og nyttig hjelp

Trygg og nyttig helsehjelp er avhengig av gode relasjoner, og for å oppnå det trengs tid og kontinuitet. Foreldre peker på det helt sentrale i at det er en god relasjon til tjenesten og behandler. Hovedproblemet som mange foreldre beskriver, er at det ofte skjer brudd. Som nevnt på grunn av barnets flyttinger samt gjennomtrekk og permisjoner blant behandlere og viktige kontaktpersoner i tjenestene. Foreldre forteller om mange folk å forholde seg til, at det kan ta tid og være vanskelig å få barnets fortrolighet. Enkelte peker også på at mangel på trygghet og tillit til tjenestene som skyldes de opplevelsene som barn har i tilknytning til at barnevernet har overtatt omsorgen.

Hovedpoeng i kapitlet:

- Foreldre og fosterforeldre opplever behov for helsehjelp når det gjelder psykiske vansker og sammensatte problemer hos barnet
- De gir et bilde av helsehjelp til barnet der ofte flere hjelpetjenester er involvert, men det er først og fremst psykisk helsehjelp fra BUP som etterlyses
- Av kommunale helsetilbud er det barnets kontakt med helsesykepleier som hyppigst nevnes
- Skolen omtales som en viktig og praktisk arena både for barnets kontakt med hjelpetjenester/kontaktpersoner og for samarbeid mellom ulike involverte tjenester (for eksempel ansvarsgrupper)
- Foreldre og fosterforeldre virker i liten grad opptatt av hva andre tjenester enn BUP kan bidra med når det gjelder psykisk helsehjelp
- Samtidig som BUP er den tjenesten foreldre og fosterforeldre setter sin lit til og etterspør, er mange kritiske til BUP
- En del er kritiske fordi barnet ikke har fått et tilbud der, eller det har tatt for lang tid å få et tilbud. Noen er misfornøyde med BUP fordi de opplever tjenesten som for passiv og lite nyttig for barnet eller for ustabil
- Fornøyde foreldre beskriver god tilgjengelighet, stabilitet over tid, og god dialog
- Trygg og nyttig helsehjelp for barnet krever en god relasjon til tjenesten og behandler. En viktig barriere for god psykisk helsehjelp er der det skjer brudd

5 Selvrapporterte erfaringer med barnevern og helsetjenester blant ungdom og unge voksne

For å undersøke ungdom og unge voksne sine erfaringer med ulike helsetjenester ble det gjennomført en survey med elektronisk spørreskjema blant ungdom og unge voksne fra 16-23 år med tiltak i barnevernet.

De konkrete problemstillingene som blir belyst i surveyen er:

- I hvilken grad er ungdom/unge voksne som er i kontakt med barnevernet i kontakt med ulike helsetilbud?
- Hvor fornøyd er de er med BUP og barnevernstjenesten?
- Er det forskjeller på ulike grupper av ungdom/unge voksne (de som bor med familie, alene/med venner, i fosterhjem, i barnevernsinstitusjon) med tanke på overnevnte spørsmål?
- Hvilke psykososiale faktorer er assosiert med udekte behov for hjelpetilbud?

5.1 Metode

5.1.1 Rekruttering og utvalg

Invitasjon til deltakelse i survey ble sendt til ungdommer med tiltak i barnevernet i alderen 16-23 år. Invitasjonen ble sendt via samtlige barnevernstjenester i kommunene og til alle barnevernsinstitusjoner som er registrert i oversikt hos Bufdir. Det var ikke mulig å identifisere svarprosent ettersom vi kun fikk tilbakemelding fra enkelte barnevernstjenester og institusjoner med informasjon om hvor mange ungdommer de hadde videresendt invitasjon til.

Det totale utvalget består av 230 ungdommer/unge voksne. Det var 237 personer som besvarte spørreundersøkelsen. Syv av disse ble ekskludert fra datasettet/analysene på grunn av at de oppgav fødselsdato utenfor aldersspennet på den aktuelle målgruppen for surveyen eller at de ikke hadde svart på dette spørsmålet.

5.1.2 Innhold i spørreskjemaet

Demografiske variabler inkluderte kjønn (Jente (1), Gutt (2), og Annet (3), og alder (fødselsdato, omkodet til alder (år)) og bosituasjon. Bosituasjon ble målt ved avkryssing for ett av følgende svaralternativ: Jeg bor med begge foreldrene mine på ett sted, Jeg bytter på hvem av foreldrene mine jeg bor med, Jeg bor bare hos en av foreldrene mine, Jeg bor med andre familiemedlemmer enn foreldrene mine, Jeg bor på barnevernsinstitusjon, Jeg bor i beredskapshjem, Jeg bor hos fosterforeldre, Jeg bor hos adoptivforeldre, Jeg bor med venner/kollektiv, Jeg bor alene/på hybel, Annet (beskriv). Denne variabelen ble omkodet til en variabel som delte bosituasjon inn i fire grupper 1) Ungdom/unge voksne som bor med familie (begge foresatte/en foresatt/annen familie), 2) Ungdom/unge voksne som bor alene/på hybel/med venner/kjæreste/kollektiv, 3) Ungdom/unge voksne som bor hos fosterforeldre, 4) Ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon

Kontakt med ulike helsetilbud ble målt ved spørsmålet «Har du hatt kontakt med følgende hjelpetilbud i løpet av de to siste årene?». Svarkategoriene var «Nei» (1), Ja (2), og Vet ikke (3). Følgende hjelpetilbud ble listet opp: BUP, Kommunepsykolog (ikke BUP), Fastlege, Legevakt, Helsesykepleier (helsesøster), Spesialpedagogiske tiltak/spesialundervisning, Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), Helsestasjon for ungdom, Rustjenester, Lavterskel-tilbud i kommunen, Nettbasert tjeneste (chat), Hjelpetelefon, Dersom over 18 år: Distriktpsikiatrisk senter (DPS), Annet, beskriv på neste side.

Fornøydhet med BUP ble målt ved følgende spørsmål: Hvordan ser du på kontakten du hadde/har med BUP? Behandler på BUP viste omtanke og forståelse for min situasjon, Behandler på BUP hadde for liten tid til meg, Jeg fikk god informasjon fra behandler, Jeg har fått bestemme for lite når behandlingen ble planlagt, BUP hjalp meg, BUP samarbeidet for lite med andre fagpersoner utenom BUP som jeg også hadde kontakt med, Jeg kan tenke meg å anbefale andre unge å søke hjelp ved BUP.

Fornøydhet med barnevernstjenesten ble målt ved følgende spørsmål: Saksbehandleren i barnevernet viser omtanke og forståelse for min situasjon, Saksbehandleren i barnevernet har for liten tid til meg, Jeg får god informasjon fra saksbehandleren, Jeg har fått bestemme for lite når møter blir/ble planlagt, Barnevernet hjelper meg, Barnevernet samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom barnevernet som jeg også har kontakt med, Jeg vil anbefale andre unge som er i samme situasjon som meg å søke hjelp fra barnevernet. Svarkategoriene var: Ikke fornøyd (1), Lite fornøyd (2), Både og (3), Godt fornøyd (4) og Svært godt fornøyd (5).

Generell fornøydhet med BUP/barnevern ble målt ved spørsmålet: Hva synes du om hjelpen du fikk/får fra BUP/Barnevernet? Svarkategoriene var Ikke fornøyd (1), Lite fornøyd (2), Både og (3), Godt fornøyd (4) og Svært godt fornøyd (5).

Udekkede behov for helsehjelp ble målt ved spørsmålet: Har du hatt behov for å ha kontakt med følgende tjenester de siste to årene? Svarkategoriene var: Nei, jeg har ikke hatt behov for det (1) og Ja, jeg kunne trengt å snakke med/få hjelp av tjenesten (2)- Følgende hjelpetilbud ble listet opp: BUP, Kommunepsykolog (ikke BUP), Fastlege, Legevakt, Helsesykepleier (helsesøster), Spesialpedagogiske tiltak/spesialundervisning, Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), Helsestasjon for ungdom, Rustjenester, Lavterskel-tilbud i kommunen, Nettbasert tjeneste (chat), Hjelpetelefon, Dersom over 18 år: Distriktpsikiatrisk senter (DPS), Annet.

For bruk i regresjonsanalyse, ble det laget en sumskåre (kontinuerlig) variabel – der lav skåre betyr lav grad av udekkede behov og høy skåre betyr høy grad av udekkede behov.

Angst og depresjonssymptom ble målt ved SCL 5 - Hopkins Symptoms Checklist, som er basert på en kortversjon av HSCL (SCL-25) (Tambs & Moum, 1993). SCL-5 inneholder fem utsagn som tar for seg hvordan ungdommene hadde det de siste 14 dagene, med svar fra ikke plaget (1) til svært plaget (4). Angstproblemer inkluderte «Konstant redd og engstelig», «Følte seg anspent eller urolig» og «Bekymret for mye om forskjellige ting». Depressive problemer inkluderte «Følte håpløshet når du tenker på fremtiden» og «Følte seg nedstemt eller trist». Cronbachs α ⁹ for SCL-5-skalaen var 0.87 i denne studien.

Psykisk helse kompetanse (Mental health literacy) – det vil si kunnskap om hvordan man kan oppnå og opprettholde god psykisk helse er målt ved The mental health promoting-knowledge instrument (MHPK-10) (Bjørnsen et al., 2017) på en skala fra 0 til 5, der høy skåre indikerer høy grad av psykisk helsekompetanse. MHPK-10 er et verktøy for å måle ungdoms kunnskap om hvordan man kan oppnå og opprettholde god psykisk helse. Cronbachs α for MHPK-10-skalaen var 0.87 i denne studien.

Livskvalitet ble målt ved fem spørsmål fra WHO (Five) Well-Being Index (Topp et al., 2015; World Health Organization, 1998) som omhandler 5 spørsmål om trivsel og velvære; «Hvor godt takler du kravene skole/arbeidslivet stiller?», «Hvor godt er forholdet ditt til andre familiemedlemmer? (foreldre, søsken)?», «Hvordan kommer du overens med andre ungdommer i fritiden?», «I hvilken grad kan du aktivisere deg selv (interesser, aktiviteter)?», og «Hvordan vurderer du din psykiske helsetilstand?». Svaralternativene er en skala fra 1 til 5, der høy skåre betyr lavere grad av livskvalitet. Cronbachs α = 0.74

⁹ Cronbachs alfa (α) er et mål på intern konsistens, det vil si et mål på hvor sterkt statistisk sammenheng det er mellom alle spørsmålene som måler samme begrep. Er det liten eller ingen konsistens i skårene, går Alfa-verdien mot 0; er det god konsistens, går den mot 1. En verdi på over .70 regnes som tilstrekkelig

Generell helse er basert på den subjektive opplevelsen av egen helse basert på spørsmålet «Hvordan er helsa di nå?» med svaralternativ 1-4 («dårlig» til «svært god») (Bowling, 2005). Spørsmålet er hentet fra det godt validerte instrumentet SF-36, og er ofte brukt ved vurdering av egen helsestatus, blant annet i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

Sosial støtte ble målt ved ble fempunktsversjonen av Social Support Questionnaire (SSQ) (Wichstrøm & Hegna, 2003) modellert etter fullversjonen (Sarason et al., 1983), brukt og tilpasset ungdom. Andre forskere har også validert og brukt SSQ til å måle opplevd sosial støtte blant både sårbare og traumatiserte ungdommer, i tillegg til ungdom i institusjon (Bal et al., 2003; Dumont & Provost, 1999; Magalhães & Calheiros, 2017). SSQ måler opplevd sosial støtte ved å gi to skår som adresserer komplementære aspekter ved sosial støtte, SSQ-N og SSQ-S. SSQ-N-poengsummen undersøker antall forskjellige typer oppfattede støttepersoner som er tilgjengelige i fem hypotetiske situasjoner (f.eks. Hvem kan du egentlig stole på når du har et personlig problem og føler deg trist? Hvem kan du henvende deg til for å få råd når du må takke ja til eller takke nei til et tilbud om utdanning eller arbeid?). For hver av de fem situasjonene (punktene) er ni mulige typer støttepersoner oppført i tillegg til alternativet ingen, inkludert: mor, far, kjæreste, søsken, venn (er), slektning (er), nabo (er), institusjonspersonell og andre. SSQ-N-skåren er summen av antall ulike typer opplevde støttepersoner listet opp over de fem påstandene (maksimalskår = 45). For å unngå at leverandører av sosial støtte telles mer enn én gang (f.eks. hvis "mor" er merket som støtteperson på flere punkter), ble det beregnet en samlet SSQ-N-skår som delte SSQ-N-skåren med antall elementer ($k = 5$). Denne skåren gjenspeiler derfor hvor mange typer mennesker ungdommen oppfatter som en støtte, og i denne forstand bredden i deres sosiale støttenettverk.

5.1.3 Statistiske analyser

Deskriptive analyser inkluderer presentasjon av gjennomsnitt og standardavvik, samt frekvensoversikter. For å undersøke om det var statistisk signifikante forskjeller på gjennomsnittsskårer mellom ungdom som bodde på barnevernsinstitusjon, fosterhjem, eller hadde andre tiltak fra barnevernet ble det gjennomført enveis variansanalyse (ANCOVA) med bootstrap. For å kontrollere/justere for alder og kjønn ble disse variablene inkludert som kovariater. Lineær regresjonsanalyse (justert for alder og kjønn) ble gjennomført for å undersøke sammenhengen mellom psykisk helse og psykisk helse kompetanse – og for å undersøke sammenhengen mellom ulike faktorer (psykisk og generell helse, psykisk helse kompetanse, sosial støtte og grad av udekte behov. Analysene er justert for alder og kjønn.

Kji-kvadrat tester med Bonferroni justerte post hoc tester ble gjennomført for å sammenligne de ulike gruppene (justert for alder og kjønn) med hensyn til bruk av ulike hjelpetilbud (ja/nei) (svarkategorien «vet ikke» ble kodet til missing for disse analysene). For å justere for multiple hypoteser er signifikansnivået satt til 1 prosent i stedet for 5 prosent (Lydersen, 2021).

5.2 Resultater fra survey blant ungdom

5.2.1 Bakgrunnsinformasjon

Av utvalget på 230 personer, var det 58 prosent jenter ($n=134$), 37 prosent gutter ($n=86$) og 4 prosent ($n=10$) krysset av på «Annet» kategorien når det gjelder kjønn. Som vist i Tabell 5-1, er de fleste deltakerne (79 prosent) født i Norge. Det var 26 prosent som rapporterte at de bodde i fosterhjem, 25 prosent bodde alene/på hybel og 17 prosent bodde på barnevernsinstitusjon. En person bodde i beredskapshjem og en person hos adoptivforeldre.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 18.7 år (standardavvik=2.04, range = 16 til 24 år). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom kjønn når det gjelder alder ($p=.444$). Av de 200 som har svart på alder er 93 født før 31/12-2003 (over 18 år) og 107 født etter 1/1-2004.

Tabell 5-1 Oversikt over demografiske variabler (N=230).

	Antall (n)	%
Kjønn		
Jente	134	58
Gutt	86	38
Annet	10	4
Fødeland		
Norge	182	79
Annet land	48	21
Bosituasjon		
Jeg bor med begge foreldrene mine på ett sted	9	4
Jeg bor bare hos en av foreldrene mine	16	7
Jeg bor med andre familiemedlemmer enn foreldrene mine	13	5
Jeg bor på barnevernsinstitusjon	41	20
Jeg bor i beredskapshjem	1	0.5
Jeg bor hos fosterforeldre	64	27
Jeg bor hos adoptivforeldre	1	0.5
Jeg bor med venner/kollektiv	12	5
Jeg bor alene/på hybel	58	25
Annet*	15	6

* I «Annet»-kategorien var det flere som hadde fylt ut via åpen svarkategori sin bosituasjon. På bakgrunn av denne informasjonen ble svarene omkodet til de aktuelle gruppene.

På grunn av lavt antall i enkelte svarkategorier ble utvalget delt inn i fire hovedgrupper som er benyttet i videre analyser/rapportering av resultat (Tabell 5-2). Dette med hensyn til personvern og statistisk styrke i analyser.

Tabell 5-2 Inndeling av utvalget i tre hovedgrupper

	Antall (n)	%
1) Ungdom/unge voksne som bor med familie (begge foresatte/en foresatt/annen familie)	38	17
2) Ungdom/unge voksne som bor alene/på hybel/med venner/kjæreste/kollektiv	83	36
3) Ungdom/unge voksne som bor hos fosterforeldre ^a	67	29
4) Ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon	41	18

*Manglende verdier: n=1 ^a Denne gruppen inkluderer en person som bor hos adoptivforeldre og en person som bor i beredskapshjem

Tabell 5-3 Gjennomsnittskårer psykisk og generell helse, psykisk helse kompetanse (mental health literacy) og livskvalitet blant fire grupper av ungdom/unge voksne som er i kontakt med barnevernet (n=230). Enveis variansanalyse justert for alder og kjønn.

	Ungdom/unge voksne som bor med familie (begge foresatte/en foresatt/annen familie)			Ungdom/unge voksne som bor alene/på hybel/med venner/kjæreste/kollektiv			Ungdom/unge voksne som bor hos fosterforeldre			Ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon			F	p
	n	M	SD	n	m	SD	n	M	SD	n	M	SD		
N=230														
Psykisk helse ^a	35	2.53	.7	65	2.36	.8	58	1.98	.7	35	2.35	.9	5.0	.002
Generell helse ^b	35	2.54	.6	65	2.54	.8	60	3.05	.8	35	2.54	.9	7.1	<.001
Mental health literacy ^c	34	3.48	.9	64	3.72	1	51	3.98	1	34	3.46	1.3	2.4	.071
Livskvalitet ^d	34	2.86	.8	64	2.61	.7	57	2.21	.7	35	2.75	.9	9.9	<.001

Resultat er basert på 1000 Bootstrap samples.

^a Psykisk helse er målt ved Hopkins symptom checklist (SCL-5) på en skala fra 1 til 4 der høy skåre betyr høy grad av angst og depresjonssymptom. ^b Generell helse er målt ved spørsmål fra SF-36 «Hvordan er helsa di nå» på en skala fra 1 til 4 der høy skåre betyr god helse. ^c Mental health literacy er målt ved The mental health promoting-knowledge instrument (MHPK-10) på en skala fra 0 til 5, der høy skåre indikerer høy grad av MHL. ^d Livskvalitet, målt ved WHO5, på en skala fra 1 til 5 der høy skåre betyr dårlig livskvalitet.

Resultatene fra enveis variansanalyse (Tabell 5-3), justert for alder og kjønn, indikerte at det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder psykisk helse, generell helse og livskvalitet, men ikke psykisk helse kompetanse (mental health literacy).

Mer spesifikt så hadde ungdom/unge voksne som bor med familie (begge foresatte/en foresatt/annen familie) statistisk signifikant høyere gjennomsnittskåre på angst- og depresjonssymptom, sammenlignet med de som bor med fosterforeldre ($p < .001$). Ungdom som bor hos fosterforeldre, hadde også statistisk signifikant lavere gjennomsnittskårer på angst- og depresjonssymptom sammenlignet med både ungdom/unge voksne som bor alene/på hybel/med venner/kjæreste/kollektiv ($p = 0.014$) og med ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon ($p = .003$)

Ungdom/unge voksne som bor med fosterforeldre rapporterer statistisk signifikant høyere gjennomsnittskåre på generell helse (høyere skåre = bedre helse), sammenlignet med ungdom/unge voksne i de tre andre gruppene.

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder gjennomsnittlig skåre på psykisk helse kompetanse.

For utvalget generelt var det en statistisk signifikant sammenheng mellom psykisk helse kompetanse og angst- og depresjonssymptom (justert for kjønn og alder) ($\beta = -.25$, 95% CI: $-.34, -.14$, $p > .001$). Det vil si at jo høyere grad av angst- og depresjonssymptom desto lavere grad av psykisk helse kompetanse.

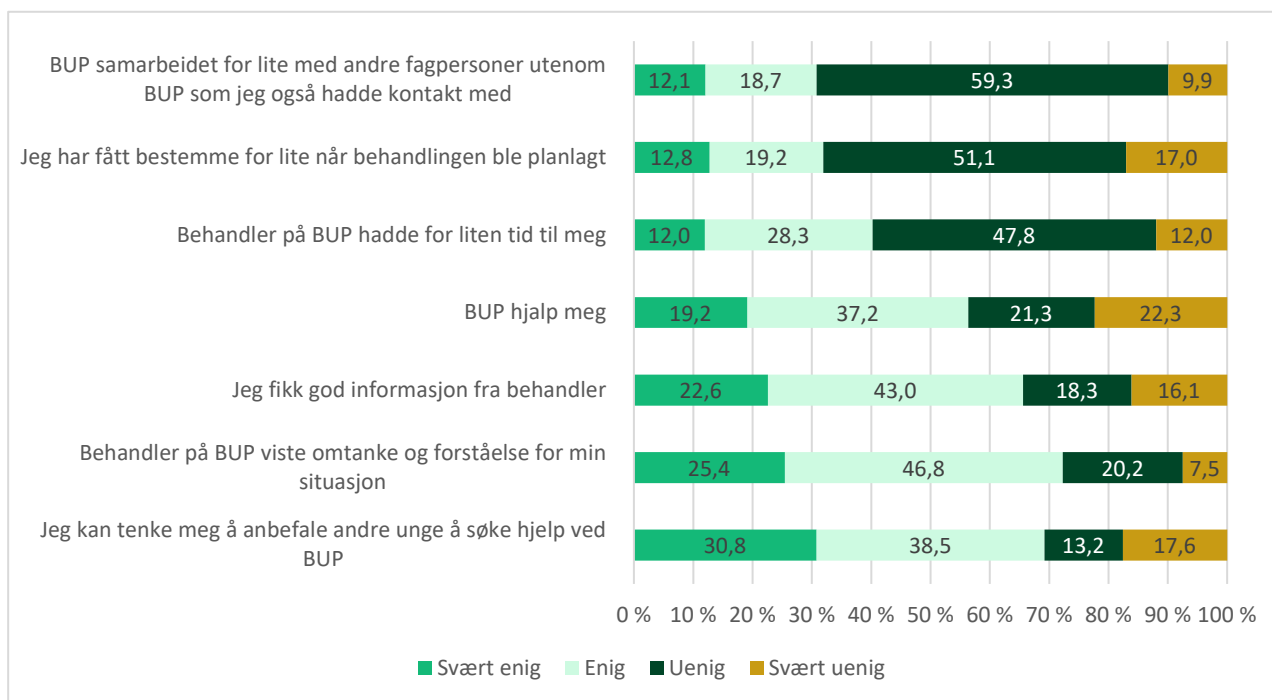
5.2.2 Kontakt og erfaringer med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

Rundt halvparten av utvalget oppga at de hadde hatt kontakt med BUP de siste to årene, 36 prosent svarte at de ikke hadde hatt behov for det, og 13 prosent svarte at de ikke hadde hatt kontakt, men at de kunne trenge å snakke med BUP.

Tabell 5-4 Kontakt med BUP de siste to år

Har du hatt kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i løpet av de to siste årene?		
	Antall	%
Ja	96	51
Nei, jeg har ikke hatt behov for det	68	36
Nei, men jeg kunne trenge å snakke med/få hjelp av BUP	24	13
Manglende svar	42	

Deltakerne ble stilt syv spørsmål om deres fornøydhetsgrad med BUP (se Figur 5-1 under). Resultatene indikerte at de fleste var ganske fornøyd med kontakten de har hatt med BUP. Imidlertid var nær 30 prosent misfornøyd med måten behandler viste omtanke og forståelse for deres situasjon, godt over 30 prosent misfornøyd med informasjon og samarbeid med andre tjenester og over 40 prosent var uenig eller svært uenig i at BUP hjalp dem. Rundt 40 prosent var enig eller svært enig i at behandler hadde for liten tid.



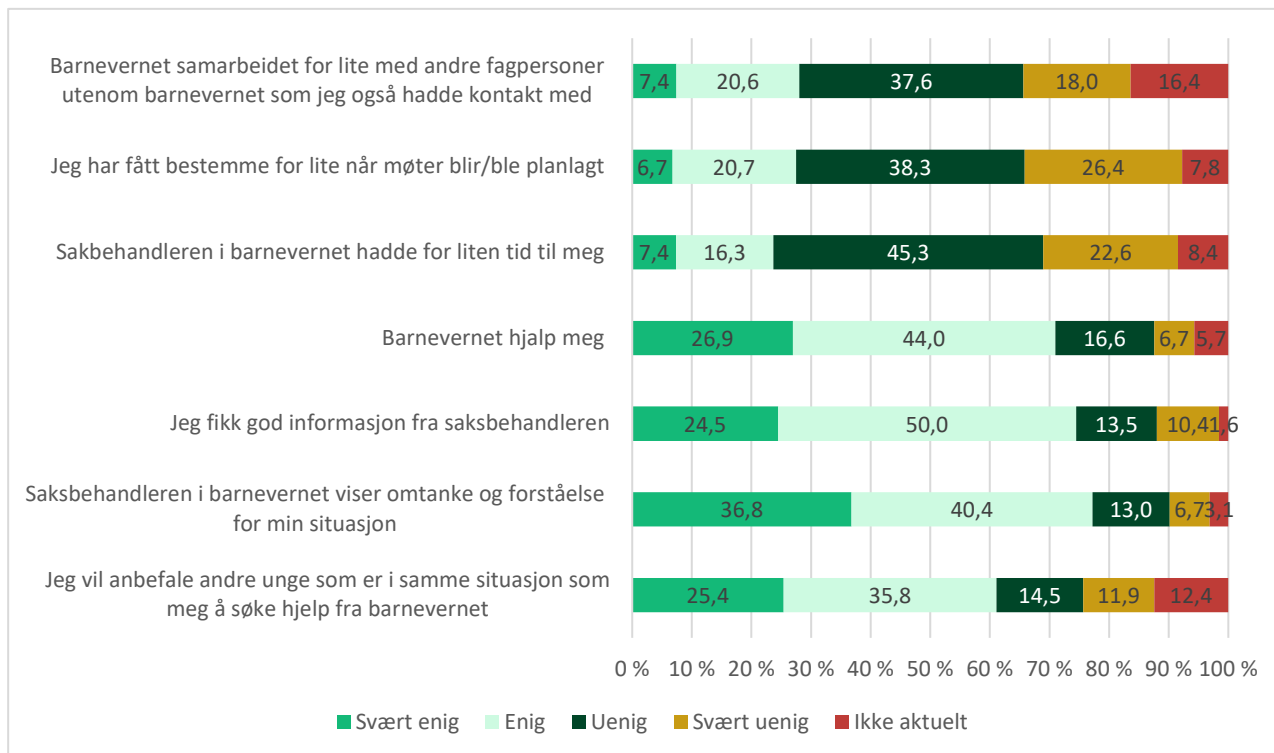
Figur 5-1 Synspunkt på kontakten med BUP, hele utvalget (n=230/missing=139*)

*Spørsmålene går til de som først svarer at de har mottatt behandling i BUP de siste to år.

På disse enkeltspørsmålene om fornøydhetsgrad med BUP var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene (justert for alder og kjønn).

5.2.3 Erfaringer med barnevernstjenesten

Deltakerne ble også spurt om hvor fornøyd de var med barnevernstjenesten. Som vist i Figur 5-2, rapporterte de fleste at de fikk god informasjon og hjelp av barnevernet, og at saksbehandleren viste omtanke og forståelse for deres situasjon. Imidlertid rapporterte rundt 30 prosent at barnevernet samarbeidet for lite med andre tjenester og at de fikk bestemme for lite når møter blir/ble planlagt.



Figur 5-2 Synspunkt på kontakten med barnevernstjenesten, hele utvalget (n=230/missing=37-41)

På disse enkeltspørsmålene om fornøydhet med barnevernstjenesten var det statistisk signifikante forskjeller mellom de fire gruppene (justert for alder og kjønn), på spørsmålene som omhandlet «Saksbehandleren i barnevernet har for liten tid til meg» ($p=.001$), «Jeg har fått bestemme for lite når møter blir/ble planlagt» ($p=.002$), «Barnevernet hjelper meg» ($p=.003$) og «Barnevernet samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom barnevernet som jeg også har kontakt med» ($p=.004$). På samtlige av disse spørsmålene var ungdom/unge voksne som bor i fosterhjem mer fornøyd, og de som bor i barnevernsinstitusjon var minst fornøyd.

Gruppeforskjeller i fornøydhet med barnevernstjenesten

Tilstrekkelig med tid

På spørsmålet som omhandlet «Saksbehandleren i barnevernet har for liten tid til meg», var ungdom/unge voksne som bor i fosterhjem mer fornøyd med dette sammenlignet med både ungdom/unge voksne som bor med familie ($p=.011$) og ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon ($p>.001$).

Medvirkning/medbestemmelse

Når det gjelder spørsmålet om de synes at de har fått bestemme for lite når møter blir/ble planlagt, så har ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjoner statistisk signifikant lavere gjennomsnittsskåre (mindre fornøyd) sammenlignet med ungdom/unge voksne som bor i fosterhjem ($p=.001$) og ungdom/unge voksne som bor alene/med venner/kjæreste/kollektiv ($p=.002$). Ungdom/unge voksne som bor med familie har statistisk signifikant lavere gjennomsnittsskåre på fornøydhet på dette spørsmålet,

sammenlignet med ungdom/unge voksne som bor alene/med venner/kjæreste/kollektiv ($p=.023$) og ungdom/unge voksne som bor med fosterforeldre ($p<.001$). Det var også en statistisk signifikant forskjell mellom ungdom/unge voksne som bor i fosterhjem og de som bor alene ($p<.001$), der de som bor i fosterhjem skårer høyere (mer fornøyd).

Opplevd hjelp fra barnevernet

Ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon rapporterte statistisk signifikante høyere gjennomsnittskårer (dvs. mindre fornøyd) på opplevd hjelp fra barnevernet, sammenlignet med både ungdom/unge voksne som bor med fosterforeldre og de som bor alene ($p<.001$). De som bor med familie hadde statistisk signifikant høyere skårer (mindre fornøyd), sammenlignet med de som bor alene ($p=.014$) og de som bor med forsterforeldre ($p=.015$).

Barnevernets samarbeid med andre relevante fagpersoner

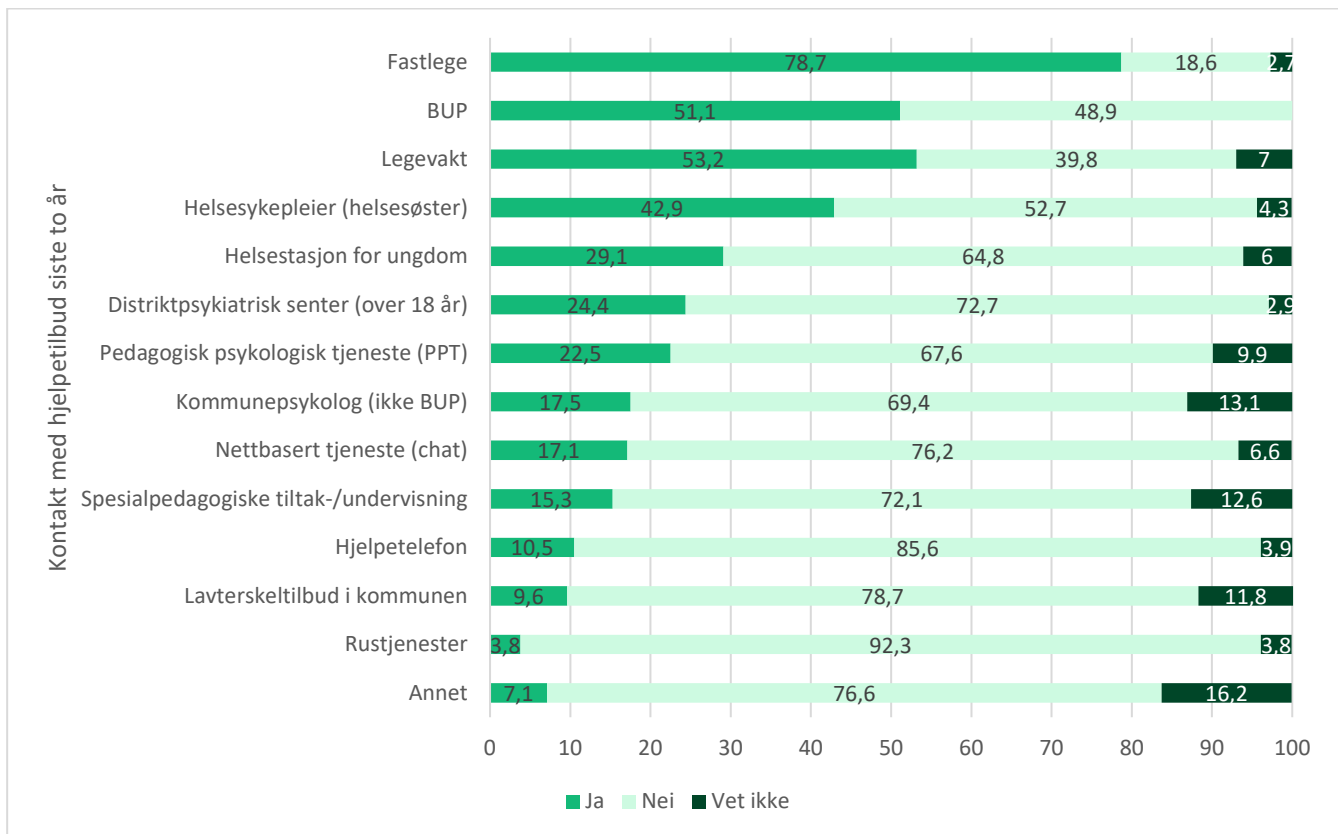
Ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon rapporterte statistisk signifikant lavere gjennomsnittskårer (dvs. mindre fornøyd) sammenlignet med ungdom/unge voksne som bor i fosterhjem.

Generell fornøydhet med hjelpen fra barnevernet

På spørsmål om hva de synes om hjelpen de får/fikk fra barnevernet, så var det en statistisk signifikant forskjell på gruppene ($p=.036$). De som bor med fosterforeldre, rapporterer høyere skåre på fornøydhet sammenlignet med de som bor på barnevernsinstitusjon ($p=.001$). De som bor alene, er også mer fornøyd med hjelpen fra barnevernet sammenlignet med de som bor på barnevernsinstitusjon ($p=.006$). De som bor med familie, er mindre fornøyd med hjelpen fra barnevernet sammenlignet med de som bor alene/med venner/kjæreste på hybel/kollektiv ($p=0.036$).

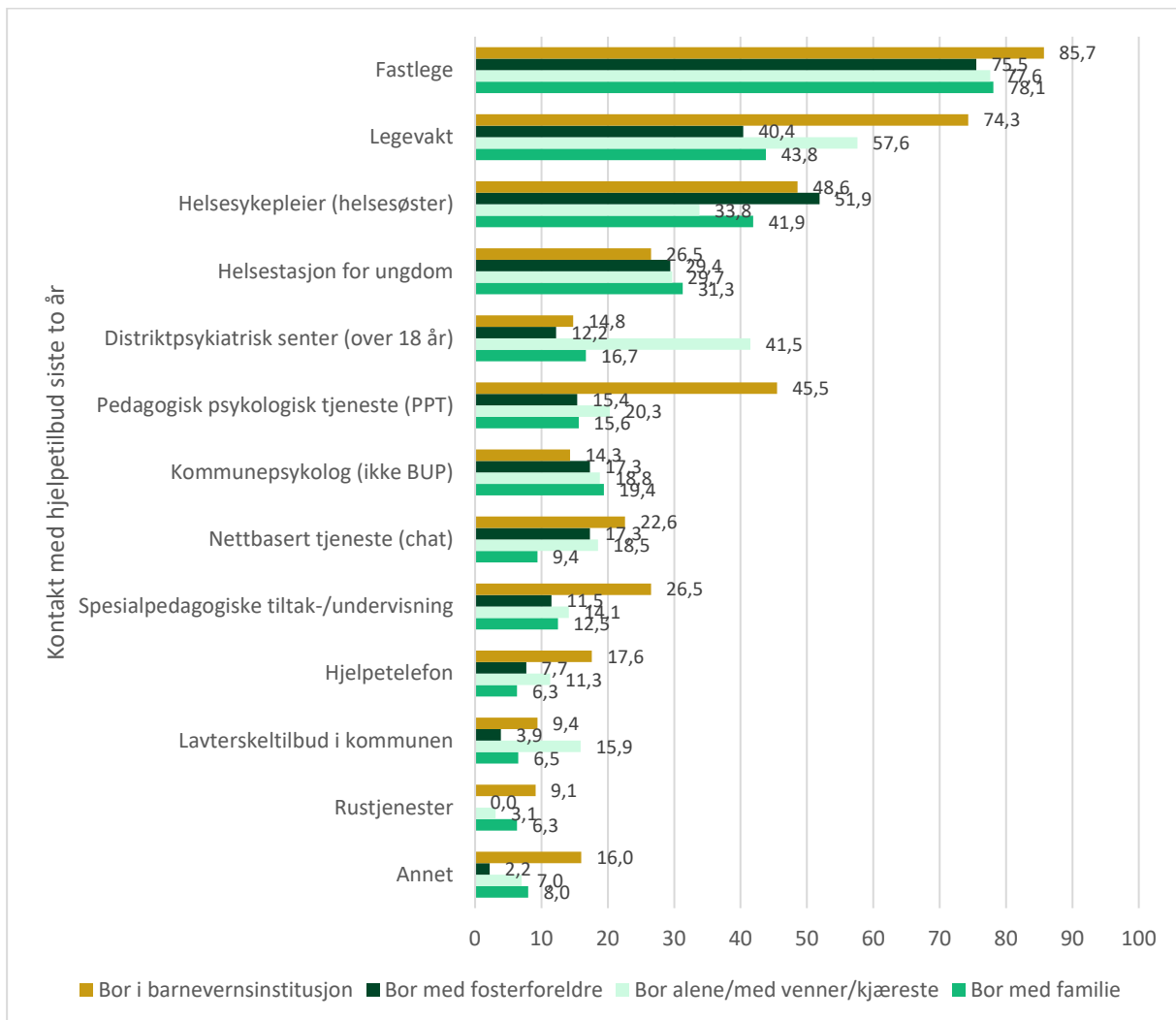
5.2.4 Kontakt med ulike hjelpetjenester

Figur 5-3 under viser oversikt over ulike hjelpetjenester som de unge oppgir at de har vært i kontakt med eller ikke i løpet av de siste to årene. For utvalget samlet sett, er det fastlege (79 prosent) de fleste oppgir at de har vært i kontakt med. Videre er det 51 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med BUP og 53 prosent har vært i kontakt med legevakt. Minst hyppig oppgitt var kontakt med hjelpetelefon (11 prosent), lavterskeltilbud i kommunen (10 prosent) og rustjenester (4 prosent).



Figur 5-3 Oversikt over kontakt med ulike hjelpetjenester de siste to år – for utvalget samlet (n=230/missing=42-77)

Figuren viser en oversikt over selvrapportert kontakt med ulike hjelpetjenester de siste to årene, en sammenligning mellom grupper (bor med familie, bor alene/med venner/kjærester, bor med fosterforeldre, bor i barnevernsinstitusjon).



Figur 5-4 Kontakt med ulike hjelpetjenester de siste to årene, sammenligning mellom grupper (bor med familie, bor alene/med venner/kjæreste, bor med fosterforeldre, bor i barnevernsinstitusjon) (n=230/missing=42-77). Ikke justert for kjønn og alder.

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de ulike gruppene (justert for kjønn og alder) når det gjelder kontakt med de ulike hjelpetilbudene, bortsett fra legevakt ($p=.006$), pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) ($p=.010$) og distriktpsikiatrisk senter (DPS) ($p=.002$).

Når det gjelder kontakt med legevakt de to siste årene, så rapporterte unge som bor i barneverninstitusjon (78 prosent) og unge som bor alene/med venner/kjæreste (63 prosent) høyere frekvens av kontakt sammenlignet med de som bor med familie (45 prosent) og de som bor med fosterforeldre (44 prosent).

Kontakt med pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) ble rapportert av en statistisk signifikant større andel av de som bor i barnevernsinstitusjon (48 prosent), sammenlignet med 19 prosent av de som bor med familie, 22 prosent av de som bor alene/venner/kjæreste etc.) og 17 prosent av de som bor med fosterforeldre.

Det var en statistisk signifikant større andel av de som bor alene/med venner/kjæreste etc. (42 prosent) som rapporterte at de hadde vært i kontakt med distriktpsikiatrisk senter (DPS), sammenlignet med de som bor med familie (17 prosent), med fosterforeldre (13 prosent) og i barnevernsinstitusjon (16 prosent).

5.2.5 Udekket behov for hjelpetjenester

Som vist i Tabell 5-5 under, så var det en statistisk signifikant sammenheng mellom økende alder og økt grad av udekte behov for ulike hjelpetjenester totalt. Høyere nivå av angst og depresjonssymptomer var assosiert lavere grad av udekte behov for hjelpetjenester. Økt grad av god selvrapportert helse var assosiert med økt grad av udekte behov for hjelpetilbud. Det vil si at de med god helse rapporterte større behov for hjelpetjenester - som de ikke fikk dekket. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom psykisk helse kompetanse eller sosial støtte og grad av udekte behov.

Tabell 5-5 Assosiasjon mellom ulike faktorer og udekkede behov for ulike hjelpetjenester totalt blant unge i kontakt med barnevernet (n=230). Resultater fra lineær regresjonsanalyse.

	n	β	SE	95% CI		p-verdi
				LL	UL	
Alder (år)	155	.29	.12	.06	.53	.016
Kjønn	174	.41	.41	-.40	1.22	.317
Angst og depresjon symptom ^a	173	-.80	.29	-1.28	-.22	.007
Generell helse ^b	174	.72	.29	.44	1.29	.014
Psykisk helse kompetanse ^c	174	.20	.23	-.26	.66	.197
Sosial støtte ^d	174	.02	.05	-.08	.12	.713

^a Psykisk helse er målt ved Hopkins symptom checklist (SCL-5) på en skala fra 1 til 4 der høy skåre betyr høy grad av angst og depresjonssymptom.

^b Generell helse er målt ved spørsmål fra SF-36 «Hvordan er helsa di nå» på en skala fra 1 til 4 der høy skåre betyr god helse.

^c Psykisk helsekompetanse (Mental health literacy) er målt ved The mental health promoting-knowledge instrument (MHPK-10) på en skala fra 0 til 5, der høy skåre indikerer høy grad av MHL.

^d Sosial støtte er målt ved Social support questionnaire (SSQ) – total skåre. Høy skåre betyr høy grad av sosial støtte.

5.3 Metodiske betraktninger

Studiens begrensning ligger i at den er basert på et bekvemmelighetsutvalg (de som var lettest å få tak i), noe som begrenser generaliserbarheten av resultatene til den generelle barnevernspopulasjonen. Til tross for dette inneholdt utvalget en relativt mangfoldig gruppe ungdommer og unge voksne med ulike tiltak fra barnevernet. Videre var datasettet tilstrekkelig stort til å differensiere mellom ulike grupper og justere for mulige konfunderende variabler, som for eksempel alder og kjønn. En konfunderende variabel er en tredje variabel i en studie som kan forvirre eller vri forholdet mellom den uavhengige variabelen (den som antas å påvirke den avhengige variabelen) og den avhengige variabelen (den som observeres eller måles). Konfunderende variabler er mulige feilkilder som kan føre til feilaktige konklusjoner om sammenhengen mellom de to variablene av interesse.

Det er viktig å merke seg at denne studien, på grunn av den har et tverrsnittsdesign, ikke tillater å fastslå kausale forhold. Sammenhengene identifisert kan også være gjensidige. For en grundigere forståelse av årsakssammenhenger, kreves longitudinelle studier. En styrke ved studien er bruken av validerte måleinstrumenter for selvrapporterte psykososiale faktorer, som viste god indre reliabilitet i denne undersøkelsen.

5.4 Oppsummering – survey blant ungdom og unge voksne

- Ungdom/unge voksne som bor med familie (begge foresatte/en foresatt/annen familie) skåret signifikant høyere på angst- og depresjonssymptom, sammenlignet med ungdom som bor med



fosterforeldre. Ungdom som bor hos fosterforeldre skåret lavere på angst- og depresjonssymptom og høyere på generell helse sammenlignet med både ungdom/unge voksne som bor alene/på hybel/med venner/kjæreste/kollektiv og med ungdom/unge voksne som bor i barnevernsinstitusjon.

- Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder psykisk helse kompetanse (mental health literacy). For utvalget generelt viste resultatene sammenheng mellom psykisk helse kompetanse og angst- og depresjonssymptom, med jo høyere grad av angst- og depresjonssymptom desto lavere grad av psykisk helse kompetanse.
- Flertallet av deltakerne (79 prosent) oppga at de hadde konsultert fastlegen i løpet av de siste to årene. Videre hadde 53 prosent vært i kontakt med legevakt, mens 51 prosent hadde fått hjelp hos BUP. De minst rapporterte hjelpetilbudene var hjelpetelefonen (11 prosent), lavterskeltilbud i kommunen (10 prosent) og rustjenester (4 prosent).
- Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de ulike gruppene når det gjelder kontakt med de ulike helsetjenestene, bortsett fra bruk av legevakt, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) (begge hyppigst brukt av de som bor i barnevernsinstitusjon) og distriktpspsykiatrisk senter (DPS) (hyppigst bruk av de som bor alene).
- De fleste var relativt tilfredse med kontakten de hadde hatt med BUP. Imidlertid var over 40 prosent uenig eller svært uenig i at BUP hjalp dem, og rundt 40 prosent svarte at behandleren på BUP hadde for lite tid. Det var ingen statistiske forskjeller mellom de ulike gruppene når det gjaldt tilfredshet med BUP.
- De fleste rapporterte at de fikk tilstrekkelig informasjon og hjelp fra barnevernet, og at saksbehandleren viste omsorg og forståelse for deres situasjon. Rundt 30 prosent rapporterte imidlertid at barnevernet samarbeidet for lite med andre tjenester og at de ikke fikk være med å bestemme møtetidspunkter.
- Det var signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt tilfredshet med barnevernet, spesielt med hensyn til tilstrekkelig tid, deltakelse, opplevd hjelp og samarbeid med andre fagpersoner. De som bodde i fosterhjem var mest tilfredse, mens de som bodde i barnevernsinstitusjon var minst tilfredse.
- Når det gjaldt udekkede behov for hjelpetjenester, var det en statistisk signifikant sammenheng med økende alder, symptomer på angst og depresjon, samt høyere behov for helsetjenester. Det var ingen betydelig sammenheng mellom psykisk helsekompetanse og sosial støtte og udekkede behov for hjelpetjenester.

Del 2 Barrierer for helsehjelp og faktorer som bidrar til helsehjelp

Lena C. L. Westby, Rebekka Bruteig, Stian Thoresen og Veronika Paulsen

Delprosjekt 3 er gjennomført av NTNU Samfunnsforskning. I dette delprosjektet undersøkes barrierer for helsehjelp, og faktorer som bidrar til helsehjelp, for barn og unge i barnevernet. Undersøkelsen i delprosjekt 3 har bestått av en kvalitativ mappe- og intervjustudie der vi har gjennomgått barnevernmapper i kommunale barneverntjenester og i barnevernsinstitusjoner. Til sammen har vi gjennomgått 41 unike barnevernsmapper i mappestudien. Vi har også gjennomført kvalitative intervjuer med saksbehandlere i barnevernstjenestene, helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene, samt ledere ved barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene. I tillegg har delprosjekt 3 bestått av en intervjustudie der fagpersoner utenfor barnevernet er intervjuet. Samlet består utvalget av saksbehandlere, helseansvarlige, ledere av kommunal barnverntjeneste og ved barnevernsinstitusjoner, og fagpersoner utenfor barnevernet av 35 informanter.

Mål og problemstillinger

Hovedmål: Hvilke barrierer for helsehjelp finnes (på individnivå, tjenestenivå og systemnivå), og hvilke faktorer bidrar til helsehjelp - slik det kan leses ut fra barnevernets mapper?

- Hvilke typer helsetilbud til barn og unge dokumenteres i barnevernsmappene?
- I hvilken grad takker barn og unge nei til helsetilbud, lar være å møte opp til avtale, eller avslutter behandling før tiden?
- Hva er årsakene der barn og unge med behandlingstilbud velger å ikke møte til behandling, eller avslutter behandling før tiden?
- Hva oppfatter kommunale tjenester med henvisningsrett som barrierer for helsehjelp?
- I hvilken grad skjer det brudd i behandlingen/oppfølgingen fra tjenestene, og hva er årsakene til at det skjer?
- Hva utgjør sentrale barrierer basert på strukturelle, økonomiske eller juridiske forhold?

6 Barrierer og muligheter for helsehjelp identifisert i mappestudie

I dette kapitlet presenterer vi funn fra en studie av barnevernmapper i kommunale barnevernstjenester og i statlige og ideelle barnevernsinstitusjoner. Datagrunnlaget består av 41 barnevernmapper, der 26 mapper er hentet fra kommunale barnevernstjenester, og 15 mapper er hentet fra statlige og ideelle barnevernsinstitusjoner.

Vi har gjennomgått to ulike kategorier barnevernsmapper i de *kommunale barnevernstjenestene*. Den første kategorien omhandler barnevernsmapper der barnet mottar hjelpetiltak i hjemmet. Helsehjelpsforløp som er dokumentert i mapper som omhandler hjelpetiltak betegnes i rapporten som “hjelpetiltaksforløp” (utvalg A). Den andre kategorien barnevernsmapper fra de kommunale barnevernstjenestene omhandler saker der kommunen har overtatt omsorgen for barnet, og barnet er plassert utenfor hjemmet. I disse sakene kan barnet være plassert i enten fosterhjem, eller i institusjon. I denne kategorien finner vi også barn som er under omsorg, og plassert i beredskapshjem i påvente av fosterhjem. Helseforløp som er dokumentert i mapper som omhandler omsorgstiltak betegnes i rapporten som “omsorgstiltaksforløp” (utvalg B).

Den tredje kategorien barnevernsmapper omhandler mapper som dokumenterer barns opphold i barnevernsinstitusjon. Dette er mapper som oppbevares ved barnevernsinstitusjonen, og som følger plasseringsforløpet for barnet ved den aktuelle institusjonen. De barna som mappene gjelder kan være plassert i institusjonen både som hjelpetiltak, eller som omsorgstiltak. Helseforløp som er dokumentert i mapper ved barnevernsinstitusjon, og som omhandler barnets opphold ved institusjonen, betegnes i rapporten som “forløp ved institusjonsplassering” (utvalg C).

I rapporten presenterer vi seks utvalgte og ulike helseforløp slik vi har funnet de dokumentert i mappene. Formålet med forløpspresentasjonene er å illustrere kompleksiteten rundt oppfølgingen av barnas helsetilbud. Vi har valgt ut to forløp i hver mappekategori, en guttemappe og en jentemappe. Forløpene som presenteres befinner seg «midt på treet» når det gjelder kompleksitet rundt barnas helsetilbud. Vi har utarbeidet figurer med tidslinjer som illustrerer hvilke hjelpetjenester som aktiveres på de ulike tidspunktene i den perioden vi startet registreringen av helseopplysninger fra mappene.

6.1 Metode

6.1.1 Rekruttering og utvalg

Vi har rekruttert barnevernstjenester og barnevernsinstitusjoner gjennom direkte henvendelser til barnevernledere og institusjonsledere, eventuelt fagledere ved barnevernsinstitusjonene. Kommunene og barnevernsinstitusjonene har plukket ut aktuelle barnevernmapper til studien, etter inklusjonskriteriene langvarig kontakt med barnevernet (minimum to år) og kompleksitet knyttet til barnets helseutfordringer. I tillegg har barnevernstjenesten blitt oppfordret til å velge ut mapper der de selv opplever utfordringer rundt barnets tilbud om helsehjelp, og en spredning når det gjelder alder, kjønn, og hjelpe- eller omsorgstiltak. Barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene har gjort mappene søkbare for forskerne ved at vi har fått tilgang til de utvalgte mappene i barnevernstjenestenes og barnevernsinstitusjonens elektroniske klientsystemer.

I tabellen nedenfor presenteres antall mapper i hver kategori, og antall fordelt på kjønn. Når det gjelder mappene som omhandler hjelpetiltak mottok 12 av barna hjelpetiltak i hjemmet. Det siste barnet var frivillig plassert i fosterhjem som hjelpetiltak.



Type mappe	Antall	Gutter	Jenter
Hjelpetiltak	13	7	6
Omsorgstiltak	13	4	9
Institusjonsplasseringer	15	5	10

6.1.2 Gjennomføring av mappegjennomgangen

Mappestudien har vært gjennomført ved at en forskergruppe på fem personer ble gitt fritak fra taushetsplikt i vedtak fra Bufdir av 01.09.2022. Av praktiske hensyn er det kun tre av forskerne (Lena Westby, Rebekka Bruteig og Stian Thoresen) som har gjennomført datainnsamlingen. Datainnsamlingen har blitt gjennomført ute i de kommunale barnevernstjeneste og i barnevernsinstitusjonene. Ved gjennomgang av barnevernmappene har vi sett på aktivitet og dokumentasjon knyttet til helseopplysninger i mappene. Vi har startet registreringen av helseopplysninger inntil fem år tilbake i tid, det vil si fra januar 2018, dersom mappene har inneholdt opplysninger så langt tilbake i tid. I mapper der barnevernssaken startet før 2018 har innslagspunktet vårt for registrering av helseopplysninger uansett vært januar 2018. I forhåndsdefinerte skjema har vi notert måned og årstall for helseopplysningene, hvilke instanser som har vært involvert og eventuelle vedtak knyttet til helseopplysningene. Helseopplysningene er notert slik de er dokumentert i mappene. Vi har hentet ut alle helseopplysninger som er dokumentert i mappene, uavhengig av kilde for opplysningene.

6.1.3 Analyse

Vi har gjennomført opptelling av ulike faktorer i barnevernmappene, blant annet knyttet til hjelpeinstanser som er dokumentert involvert i sakene, dokumenterte diagnoser, og dokumenterte medisiner. Videre har vi gjennomført en kvalitativ tematisk analyse basert på helseopplysningene vi har trukket ut av barnevernmappene. Datamaterialet som er samlet inn fra mappene er analysert ved bruk av NVivo¹⁰, et dataprogram i klassen «Qualitative Data Analysis Software» (QDAS). NVivo er en database som gir mulighet for en effektiv sortering, strukturering og koding av datamaterialet. I Nvivo har vi forhåndsdefinert koder på bakgrunn av forskningsspørsmålene i prosjektet og kodeskjemaet som ble utviklet. Vi la også til koder underveis i analyseprosessen, når det kom opp nye koder som ikke var forhåndsdefinert.

6.1.4 Begrensninger ved mappestudien

Funnene fra mappestudien må leses med et visst forbehold fordi det kan være mangler i det skriftlige materialet vi har fått tilgang til i mappene. Det er derfor sannsynlig at helseopplysningene vi har trukket ut av mappene ikke er uttømmende. Vi mener uansett at datamaterialet gir en unik og fyldig oversikt over helseforløpene til barn og unge innenfor barnevernet. Av hensyn til anonymitet, og for å forhindre reidentifisering av de menneskene mappene omhandler, har vi valgt å presentere barna og ungdommene etter kjønn, alderskategori, kontaktlengde med barnevernet, og kommunestørrelse i innbyggertall. Der vi presenterer funn relatert til dokumenterte diagnoser og medisinbruk knyttes disse kun til kategorier av mapper (hjelpetiltak, omsorgstiltak og institusjonsplassering), og ikke til enkeltmapper.

6.2 Utvalg A – hjelpetiltak

Utvalg A – består av 13 mapper som omhandler barn som pr i dag har hjelpetiltak. 2 av guttene og 2 av jentene har tidligere hatt plasseringstiltak. Mappene omhandler 7 gutter og 6 jenter. Flere av barna har hatt langvarig kontakt med barnevernet. I utvalget er det kun en gutt som befinner seg i aldersgruppen 11 år eller yngre. Resten av utvalget fordeler seg på aldersgruppene 12-15 år og 16 år eller eldre.

¹⁰ <https://lumivero.com/products/nvivo/>



Kjønn	Alder	Tiltak i dag	Kontakt barnevern	Tidl. tiltak	Kommunestørrelse
Gutt	11 år eller yngre	Hjelpetiltak	8 -9 år	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Hjelpetiltak	8 -9 år	Hjelpetiltak	5001-20 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Hjelpetiltak	8 -9 år	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Hjelpetiltak	10 år eller lengre	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Gutt	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	Inntil 5 år	Hjelpetiltak	50 001 eller flere innb.
Gutt	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	10 år eller lengre	Institusjon	20 001 - 50 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Hjelpetiltak	8 -9 år	Hjelpetiltak	50 001 eller flere innb.
Jente	12 - 15 år	Hjelpetiltak	10 år eller lengre	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Hjelpetiltak	10 år eller lengre	Beredskapshjem	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	Inntil 5 år	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Hjelpetiltak	10 år eller lengre	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.

6.2.1 Beskrivelse av to helseforløp fra hjelpetiltaksmappene

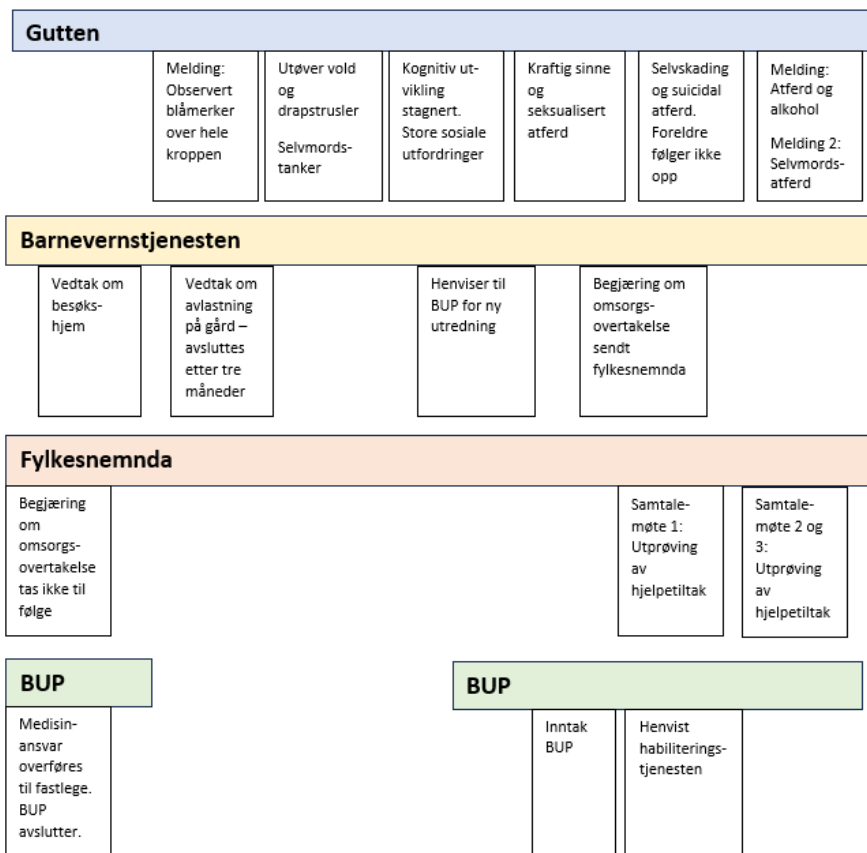
Under beskriver vi to forløp hentet fra hjelpetiltaksmappeutvalget. Vi presenterer samspillet mellom barnevern- og helseforløpet til en gutt og en jente.

Forløp 1: Gutt, aldersgruppe 12-15 år, hatt kontakt med barnevernet 8-9 år.

I mappegjennomgangen startet vi registreringen fra januar 2018. Gutten hadde før dette vært utredet ved BUP og fått diagnosen F90.0 Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet. Gutten ble medisinert med Concerta. I tillegg viste den tidligere utredningen at gutten var på grensen til psykisk utviklingshemming (det foreligger ikke resultater fra kognitive tester i mappa). Barnevernstjenesten har hatt tett oppfølging av gutten og hans foreldre i hele perioden det har vært en aktiv barnevernssak. Barnevernstjenesten har knyttet alvorlig bekymring til guttens omsorgssituasjon, og foreldrenes manglende forståelse for guttens helseutfordringer, og manglende oppfølging av guttens behov for helsehjelp.

Under viser illustrasjonen de årene mappegjennomgangen har hatt fokus på i guttens helseforløp i barnevernet. Viktige aktører i denne guttens forløp, som er dokumentert i barnevernsmappa er foruten gutten selv, barnevernstjenesten, fylkesnemnda og BUP. I denne saken har barnevernstjenesten i 2018 sendt begjæring om omsorgsovertakelse til fylkesnemnda. Begjæringen ble ikke tatt til følge, og barnevernstjenesten satte inn hjelpetiltak i form av besøkshjem, avlastning, ansvarsgruppe, samt råd og veiledning til foreldrene. Gutten ble fulgt opp med barnesamtaler fra barnevernstjenestens side.

2018 2019 2020 2021 2022 2023



I løpet av de fire-fem påfølgende årene ser vi i barnevernmappa at gutten utvikler stadig økende psykiske helseproblemer. I 2021 henvises gutten på ny til BUP, og han blir kalt inn til inntakssamtale ved årsskiftet 2021/2022. BUP henviser gutten videre til utredning ved habiliteringstjenesten, og han blir også utredet ved en spesialavdeling på sykehus. Gutten får fra sykehuset en sjelden diagnose¹¹, og habiliteringstjenesten setter diagnosen F70.0 Lett psykisk utviklingshemming. Det siste vi leser i barnevernsmappa er at det stort sett går bedre med gutten sosialt på skolen, og at han sjeldnere havner i uheldige situasjoner.

Forløp 2: Jente, aldersgruppe 16 år eller eldre, har hatt kontakt med barnevern inntil 5 år.

Denne mappen representerer en kort og intensiv hjelpetiltakssak og helseforløp i barnevernet. Mappen starter i 2021 med en bekymringsmelding knyttet til jentas psykiske helse og selvmordsforsøk. Jenta blir plassert i barnevernsinstitusjon med samtykke, og har under den relativt korte plasseringstiden på omtrent seks måneder gjentatte episoder med selvskading og selvmordsforsøk. Illustrasjonen under viser jentas helseforløp i barnevernet slik dette er dokumentert i mappa. Viktige aktører i denne jentas forløp er foruten jenta selv, barnevernstjenesten, akuttpost BUP, og BUP. Barnevernsinstitusjonen er også en svært viktig aktør, og har fattet 18 vedtak om bruk av tvang overfor jenta i situasjoner med selvskading og selvmordsforsøk.

¹¹ Av hensyn til anonymitet beskriver vi ikke diagnosen



2021

2022

Jenta

Melding: Selvmordstanker og selvmordsforsøk	Melding: Utagering og rasering, truer med kniv	Selvmordsforsøk	Trekker samtykke til frivillig plassering	Samtykker til frivillig plassering og hjelpetiltak	Kraftig selvskading, angriper politiet	Selvmordsforsøk
---	--	-----------------	---	--	--	-----------------

Barnevernstjenesten

Vedtak om plassering etter §4-26 i barnevernsinstitusjon	Vedtak om oppfølging i hybel	Jenta 18 år, overføres til miljøtjeneste i kommune Barnevernssak avsluttes
--	------------------------------	---

Akuttpost BUP

13 innleggelse på litt over to måneder	Tvangsinnleggelse	Innleggelse	Tvangsinnlegges	Innlegges frivillig
--	-------------------	-------------	-----------------	---------------------

BUP

Saken avsluttes fordi jenta ikke ønsker mer utredning eller behandling
--

Barnevernsinstitusjon

18 vedtak om tvang i barnevernsinstitusjon: selvmordsforsøk og selvskading

I denne saken avslutter spesialisthelsetjenesten (BUP) saken fordi jenta ikke ønsker mer utredning eller behandling. Jenta får diagnosene emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – borderline type, blandet angstlidelse, depressiv lidelse og atypisk spiseforstyrrelse (eksakt diagnose er forenklet av hensyn til anonymitet). Barnevernssaken avsluttes fordi jenta når myndighetsalder. Jenta samtykker til ettervern og blir overført til en annen kommunal enhet som gir tjenester til personer med ervervet eller medfødt funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

6.2.2 Hvilke typer helsehjelp er involvert i hjelpetiltaksforløp i barnevernet?

Innenfor utvalget av barn med hjelpetiltak har 8 av barna fått psykiatrisk utredning, hvorav 7 barn har fått tilbud om videre psykiatrisk behandling. Det ene barnet som hadde fått psykiatrisk utredning ønsket ikke behandling fra BUP. 3 av barna var i gang med psykiatrisk behandling på det tidspunktet mappegjennomgangen startet. Samlet sett hadde altså 10 av de 13 barna i utvalget hjelpetiltak fått tilbud om psykiatrisk behandling. I to av sakene var det dokumentert opplysninger om psykiatrisk helsehjelp, eller tilbud om dette. I disse to sakene var fokus i høyere grad rettet mot somatisk helse.

Innenfor samme utvalg var det gitt tilbud om ulike typer somatisk utredning i 7 av de 13 sakene i utvalget. I 5 av sakene fikk barna tilbud om videre somatisk helsehjelp. 4 av barna var allerede i gang med somatisk behandling på det tidspunktet mappegjennomgangen startet. I 2 av sakene kom det ikke klart fram i mappene om barna fikk somatisk behandling. I 2 av sakene var det ikke dokumentert opplysninger om somatisk helsehjelp, eller tilbud om dette. I disse to sakene var fokus rettet mot psykisk helse.

Kjønn	Psykiatrisk utredning	Psykiatrisk behandling	Somatisk utredning	Somatisk behandling
Gutt			X	uklart
Gutt	X	X	X	X
Gutt	X	X		uklart
Gutt	X	X	X	X
Gutt		X		
Gutt	X			
Gutt	X	X	X	X
Jente		X		X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X		X
Jente				X
Jente		X		X
Jente	X	X	X	X
(n=13)	8	10	5	9

Innenfor hjelpetiltaksmappene har vi funnet dokumenter somatiske diagnoser i 12 mapper, og psykiatriske diagnoser i 12 mapper diagnoser (diagnoser slik de er nedtegnet i mappene, diagnosene kan gjelde flere av barna i utvalget selv om de nevnes kun en gang i tabellen):

Diagnose somatisk	Diagnose psykiatrisk
Allergi	ADHD
Alvorlig underernæring.	Anorexia nervosa
Alvorlig, multiresistent lungetuberkulose	Atypisk bulimia nervosa
Astma	Blandet angstlidelse
Beriberi	Depressiv lidelse
Diabetes type 1	Dysleksi
Dysproporsjonal kortvoksthet	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type
Hjertefeil	Generalisert angstlidelse
Hørselsproblemer	Kjønnsidentitetsvansker
Polynevropati	Moderat depresjon
Undervekt grad 3	Paranoid schizofreni
F91.8 FASD Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser	Uspesifisert spiseforstyrrelse
G40.2 Fokal epilepsi	F28 andre ikke-organiske psykoser
G40.9 uspesifisert epilepsi	F70.0 Lett psykisk utviklingshemming
H50.0 Esotropi (skjelling)	F81.3 Blandede utviklingsforstyrrelse av skoleferdigheter
N88 Epilepsi	F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet
R62.0 Forsinket utvikling	F90.1 hyperkinetisk atferdsforstyrrelse
	F92.8 Andre blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser
	F93.9 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen

P29 Hallusinasjon hørsel
P85 Psykisk utviklingshemning lett
R45.8 Andre spes. Symp./tegn med tilknytning til emosjonell tilstand

6.2.3 Legemidler dokumentert i hjelpetiltaksmappene – reseptbelagte og reseptfrie

I mappene som omhandler hjelpetiltaksforløp (n=13) er det dokumentert bruk av reseptbelagte legemidler i 8 av mappene (5 gutter, 3 jenter). Blant guttene er det dokumentert reseptbelagte legemidler i 3 mapper for aldersgruppen 12-15 år, og i 2 mapper for aldersgruppen 16 år eller eldre. For jentene er det dokumentert reseptbelagte legemidler i 1 mappe i aldersgruppen 12-15 år, og i 2 mapper for aldersgruppen 16 år eller eldre. Det er dokumentert bruk av reseptfrie legemidler i 3 av mappene (2 gutter og 1 jente).

Mappeopplysninger	Alder	Reseptbelagt	Reseptfri
Kjønn = Gutt (7)			
	16 år eller eldre (3)	2	1
	12 - 15 år (3)	3	1
	11 år eller yngre (1)	0	0
Kjønn = Jente (6)			
	16 år eller eldre (3)	2	1
	12 - 15 år (3)	1	0
	11 år eller yngre (0)	0	0
Total (n=13)		8	3

Type legemidler vi har funnet dokumentert i hjelpetiltaksmappene:

Reseptfri	Reseptbelagt
D-vitaminer	Abilify
Ibux	Alimemazin Evola
Ketoconazol	Antidepressiva
Nesespray	Buccomal
Paracet	Circadin
Vitamintilskudd	Concerta
	Imigran
	Lamictal
	Livostin øyedråper
	Medikinet
	Melatonin
	Melatonin Depo
	Melatonin spray
	Orfiril
	P-plaster
	Ritalin

Serquel
Sertralin
Sobril
Tuberkulosemedisin
Zoloft

6.2.4 Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i hjelpetiltaksforløpet?

Barrierer vi har funnet i mappenes helseopplysninger, og som oppstår i hjelpetiltaksforløpet kan grovt sett deles inn i tre tema: 1) BUP som tjeneste, 2) Foreldre følger ikke opp barnets behov for helsehjelp, og 3) Barnet takker nei til tilbud om helsehjelp.

Når det gjelder BUP som tjeneste handler barrierene både om BUPs kapasitet, BUPs vurdering av henvisninger, og BUPs vurderinger av barnets omsorgssituasjon. I noen av mappene finner vi at BUPs behandlingstilbud til barna forsinkes og utsettes på grunn av manglende kapasitet. BUP oversitter egne frister til tross for purringer fra både barnevernstjeneste og fastlege. I en av sakene beskrives det hvordan en utredning trekker ut i tid på grunn av sykdom hos behandler ved BUP, og at barnets avtalte timer stadig avlyses og utsettes av BUP. I tre av mappene får barna avslag på søknad om helsehjelp. I den ene saken har fastlegen henvist barnet til BUP gjentatte ganger, men BUP vurderer barnet som for godt fungerende og uten rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I de to andre sakene vurderer BUP omsorgsbetingelsene i hjemmet som for dårlige til å gi behandling for det ene barnet, og for det andre barnet tilskrives behovet for helsehjelp omsorgssituasjonen. I en annen mappe legges barnet inn akutt etter selvmordsforsøk, men skrives snarlig ut fordi barnet har et poliklinisk tilbud. I alle disse sakene beskrives det uenighet mellom barnevernstjeneste og BUP når det gjelder barnas behov for helsehjelp og hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Den andre temaet knyttet til barrierer handler om at foreldre ikke følger opp barnas behov for helsehjelp. Dette kan for eksempel handle om at foreldre ønsker å avslutte nødvendig medisiner på grunn av uheldige bivirkninger. Dette til tross for at vi finner at medisineringen er dokumentert i mappene å ha effekt på lidelsessymptomene. Et annet eksempel er foreldre som ikke deler hjelpeapparatets bekymring for barn med selvskadingsproblematikk og selvmordsatferd, eller som ikke følger opp nødvendig medisiner av barnet sitt. Manglende interesse eller forståelse fra foreldres side når det gjelder barns behov for helsehjelp, slik det vurderes fra barnevernet side, kan i slike tilfeller føre til alvorlige hendelser og alvorlige sykdomsforløp. Et siste eksempel vi vil trekke fram er foreldre med omsorg for flere barn med alvorlig helseproblematikk. I disse sakene får ikke barnet nødvendigvis den psykiske omsorgen og støtten barnet har behov for i akutte situasjoner og akuttinnleggelses relatert til alvorlig helseproblematikk fordi foreldrene må prioritere behovene til søsken.

Det siste temaet relatert til barrierer handler om at barnet selv takker nei til helsehjelp, eller hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom BUP vurderer barnet som ikke motivert for hjelp eller samtaler, ser det ut til å være et gjennomgående trekk i mappene dette gjelder at saken avsluttes ved BUP. Det ser også ut til at BUP i liten grad selv forsøker å motivere barnet for utrednings- eller behandlingstilbud. Dette er svært uheldig fordi avsluttet sak ved BUP krever ny runde med henvisning og vurdering av barnets behov for, og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

6.2.5 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i hjelpetiltaksforløpet?

Faktorer som ser ut til å bidra til at barn og ungdom får helsehjelp i hjelpetiltaksforløpet er at barnet selv forstår og utvikler innsikt i egne helseproblemer og ut fra dette ønsker hjelp. Barnet kan hjelpes til å utvikle slik innsikt gjennom å få kunnskap om somatiske og psykiske lidelser som gjelder barnet. Denne kunnskapen kan barnet erverve gjennom samtaler med fastlege eller helsesykepleier. Etter vår erfaring fra

mappegjennomgangen ser det ut til at barnet i høyere grad tar til seg slik kunnskap når den formidles av helsepersonell framfor barnevernsansatte. I tillegg kan det se ut til å være avgjørende at barnet har tilgang til trygge voksne som kan motivere barnet til å motta helsehjelp. Denne trygge voksne kan for eksempel være en miljøarbeider satt inn i hjemmet som hjelpetiltak fra barnevernstjenesten, eller helsesykepleier ved skolen der barnet er elev. For noen av barna i utvalget har det å bli sett, og bli sett i relasjon til helseproblemer, vært et vendepunkt for selv å ønske helsehjelp. Det å gi barnet et trygt «rom» for å snakke om helseproblemer gir barnet mulighet til å snakke om det som oppleves vanskelig, og å undersøke og reflektere rundt egne helseproblemer. Dette kan føre til økt kunnskap om egen helse hos barnet, og videre motivere til å søke helsehjelp.

6.3 Utvalg B – Omsorgstiltak

Utvalg B – mapper med status omsorgstiltak fordeler seg på 4 gutter og 9 jenter. 2 av guttene er plassert i institusjon, mens de to andre er plassert i henholdsvis beredskapshjem og fosterhjem. Når det gjelder jentene er 6 av jentene plassert i institusjon, mens 3 er plassert i fosterhjem. Hovedtyngden av institusjonsplasseringer i dette utvalget er i aldersgruppen 16 år eller eldre, og blant jentene. I dette utvalget finner vi to gutter i aldersgruppen 11 år eller yngre, mens resten av utvalget fordeler seg på aldersgruppene 12-15 år og 16 år eller eldre.

Kjønn	Aldersgruppe	Omsorgstiltak	Kontakt barnevern	Tidligere tiltak	Kommunestørrelse
Gutt	11 år eller yngre	Fosterhjem	6 -7- år	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.
Gutt	11 år eller yngre	Beredskapshjem	8 -9 år	Beredskapshjem	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Institusjon	10 år eller lengre	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.
Gutt	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	12 - 15 år	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	12 - 15 år	Fosterhjem	8 -9 år	Institusjon	20 001 - 50 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Fosterhjem	10 år eller lengre	Fosterhjem	20 001 - 50 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Fosterhjem	10 år eller lengre	Fosterhjem	20 001 - 50 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	20 001 - 50 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Hjelpetiltak	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	10 år eller lengre	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	10 år eller lengre	Fosterhjem	20 001 - 50 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	10 år eller lengre	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.

6.3.1 Beskrivelse av to helseforløp fra omsorgstiltaksmappe

Forløp 3: Gutt, aldersgruppe 12-15 år, hatt kontakt med barnevern 10 år eller lenger

Denne mappen representerer en langvarig barnevernssak der barnet er plassert i fosterhjem, men flyttes til institusjon i løpet av den perioden som har vært gjenstand for mappegjennomgang. Der vi startet mappegjennomgangen fant vi at gutten tidligere i forløpet hadde fått diagnose F 90.0 Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet. Gutten var medisinert med Ritalin, og hadde nærmere 200 timer spesialundervisning med spesialpedagog i skolen. Kommunen hadde på dette tidspunktet søkt Bufetat om forsterkning av fosterhjemmet på grunn av guttens utfordrende atferd og avvisning av den ene av fosterforeldrene.



2018

2019

2020

2021

2022

2023

Gutten

Selvmordstanker, opptatt av drap og mord

Bekymret for arv og egne gener

Vil ikke snakke med BUP

Butikktynveri, båret kniv, misbrukt fosterforeldres bankkort

Melding: Selger rusmidler på nett

Flyttes til institusjon

Barnevernstjenesten

Psykolog/veileder: omfattende omsorgsbehov. Krevende å ha i vanlig fosterhjem

Henviser til BUP for ny utredning

Søker helse- og velferd om støttekontakt

Får avslag på søknad om støttekontakt. Klage går til statsforvalter

Søker Bufetat om spesialisert fosterhjem. Melding statsforvalter om behov for verge

Bufetat

Avslår søknad om forsterking av fosterhjem

Tilsagn om forsterking av fosterhjem

Tilbyr kommunen institusjonsplassering

BUP

Startet utredning

Diagnose: F91.4
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse

Inntak BUP

BUP opprettholder relasjonen til gutten. Kjøres til avtaler av institusjonen

Statsforvalter

Stadfester avslag på vedtak om støttekontakt

Vedtak om midlertidig verge

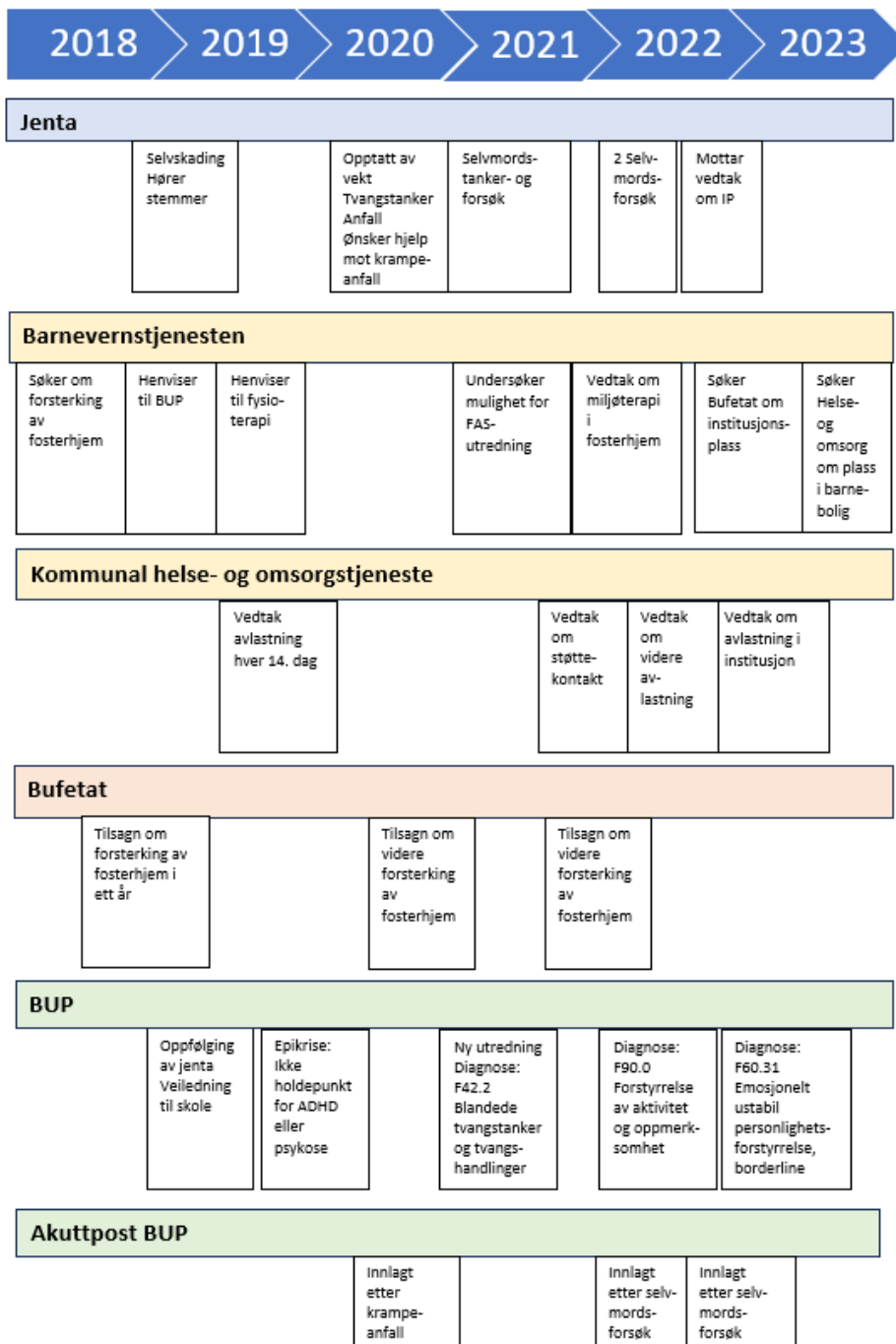
I denne saken setter BUP ny diagnose i 2019, og finner at kriteriene for tidligere diagnose ikke lenger er til stede. Det dokumenteres i mappen en økende bekymring knyttet til guttens negative atferdsutvikling. Kommunens søknad om forsterking av fosterhjemmet avslås imidlertid av Bufetat tidlig i 2019. I andre kvartal 2020 gir Bufetat tilsagn til forsterking av fosterhjemmet. Høsten 2022 ønsker gutten å flytte fra fosterhjemmet, og Bufetat innvilger institusjonsplassering. Gutten får beholde relasjonen han har til sin lokale BUP ved at institusjonen kjører han til timeavtalene. Det siste vi finner dokumentert i mappa er at institusjonen har registrert og varslet 11 uteblivelser/rømminger i løpet av den ene måneden han har vært plassert.

Forløp 4: Jente, aldersgruppe 12-15 år, hatt kontakt med barnevernet 10 år eller lengre

I denne saken har barnet vært plassert i fosterhjem siden småbarnsalder. Jenta ble utredet nevropsykologisk i 2011, og det ble konkludert med at jenta hadde klare vansker innen impuls kontroll, konsentrasjon og oppmerksomhet. Videre ble det konkludert med at jenta viste fungering som samsvarte med barn med rusrelatert skade i svangerskapet. Der mappegjennomgangen starter har jenta en negativ



utvikling når det gjelder psykisk helse. Kommunen søker Bufetat om forsterking av fosterhjemmet i form av fullt frikjøp av den ene av fosterforeldrene.



I denne saken er det mange aktører og tjenester som samarbeider rundt barnets helsesituasjon. Vi har valgt ut de tjenestene som har de største rollene når det gjelder helsehjelp til jenta. I denne saken er det dokumentert omfattende samarbeid rundt jenta og hennes helseproblematikk, og fastlegen er godt involvert i samarbeidet. Det siste halvannet året vi har fulgt mappa blir jenta tilbudt DBT (Dialectical Behavior Therapy – Dialektisk atferdsterapi) som behandling. Hun takker nei til dette, men BUP holder tilbudet oppe gjennom forløpet. Jenta innvilges avlastningstiltak og støttekontakt gjennom den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Avlastningstiltakene er satt i verk for å avlaste fosterhjemmet slik

at de skal make å stå i omsorgsoppgaven, og støttekontakten har som mål å gi jenta meningsfulle fritidsaktiviteter. Mot slutten av perioden for vår mappegjennomgang velger barnevernstjenesten å søke Bufetat om institusjonsplass fordi jenta har utviklet svært belastende smerteuttrykk. Barnevernstjenesten finner det ikke lenger forsvarlig at jenta bor i fosterhjem.

6.3.2 Hvilke typer helsehjelp er involvert i omsorgstiltaksforløp i barnevernet?

Innenfor utvalget av barn med omsorgstiltak har samtlige 13 barn fått psykiatrisk helsetilbud. I den perioden mappegjennomgangen har sett på har 12 av barna fått tilbud om psykiatrisk utredning. Det ene barnet var tidligere utredet og mottok psykiatrisk behandling. 12 av barna var i aktiv psykiatrisk behandling i perioden. Det ene barnet som ikke mottok slik behandling, hadde selv takket nei til tilbudet om psykiatrisk behandling.

For 10 av barna i utvalget var det dokumentert somatisk utredning i perioden. I en av sakene var det ikke dokumentert om barnet hadde fått videre somatisk behandling. 10 av barna i utvalget var i et somatisk behandlingsforløp, og for det ene barnet var det ikke dokumentert om, eller hvilken somatisk utredning som var gjennomført i forkant av behandlingstilbudet. I 2 av sakene var det ikke dokumentert opplysninger om somatisk helsetilbud. I begge disse sakene var fokuset i mappene på psykisk helse.

Kjønn	Psykiatrisk utredning	Psykiatrisk behandling	Somatisk utredning	Somatisk behandling
Gutt	X	X	X	X
Gutt	X	X		
Gutt	X	X		
Gutt	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente		X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X		X	X
Jente	X	X		X
Jente	X	X	X	X
(n=13)	12	12	10	10

Innenfor omsorgstiltaksmappene har vi funnet dokumentert somatiske diagnoser i 10 mapper, og psykiatriske diagnoser i samtlige mapper (diagnoser slik de er nedtegnet i mappene, diagnosene kan gjelde flere av barna i utvalget selv om de nevnes kun en gang i tabellen):

Diagnoser somatisk	Diagnoser psykiatrisk
Allergi mot peanøtt	Dissosiative krampetilstander
Covid	Lett psykisk utviklingshemming, på grensen til moderat psykisk utviklingshemming
Diare og forstoppelse	Moderat depresjon
Enkoprese	Panikk lidelse



Hypernatremi	Uspesifisert bipolar lidelse
Lettgradig CP	F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger
Medfødt sublux hofte	F43.1 PTSD. Kompleks PTSD/utviklingstraumer
Pollenallergi	F43.9. Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning
Slow transit constipation	F60.3 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, impulsiv type
Undervekt grad 2	F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline -tentativ pga alder
	F81.3 Blandet utviklingsforstyrrelse av skoleferdigheter
	F90.0 (ADD)
	F90.0 Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet
	F92.9 Uspesifisert blandet atferds- og følelsesmessig forstyrrelse
	F94.1: Reaktiv tilknytningsforstyrrelse
	F98.8 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder
	R45.8 Andre spes. Symp./tegn med tilkn. Til emosjonell tilstand

6.3.3 Legemidler dokumentert i omsorgstiltaksmappe – reseptbelagte og reseptfrie

I mappene som omhandler omsorgstiltaksforløp (n=13) er det dokumentert bruk av reseptbelagte legemidler i 10 av mappene (3 gutter og 7 jenter). Den dokumenterte bruken av reseptbelagte legemidler fordeler seg omtrent likt blant aldersgruppene jenter 12-15 år (4 mapper), og 16 år eller eldre (3 mapper). Blant guttene finner vi 1 mappe i hver alderskategori når det gjelder dokumentasjon av reseptbelagte legemidler. Det er dokumentert bruk av reseptfrie legemidler i 2 av mappene (2 jenter).

Mappeopplysninger	Alder	Reseptbelagt	Reseptfri
Kjønn = Gutt (4)			
	16 år eller eldre (1)	1	0
	12 - 15 år (1)	1	0
	11 år eller yngre (2)	1	0
Kjønn = Jente (9)			
	16 år eller eldre (5)	3	0
	12 - 15 år (4)	4	2
	11 år eller yngre (0)	0	0
Total (n=13)		10	2

Type legemidler vi har funnet dokumentert i mappene:

Reseptfri	Reseptbelagt
D-vitamin	Alimemazin
Folsyre	Astmamedisin
	Atarax
	Concerta
	Desirette (p-piller)
	Elvanse

Fontex
Intuniv
Kvetiapin
Lamictal
Medikinet
Melatonin
Minirin
Movicol
Quetiapin
Ritalin
Seroquel
Zoloft

6.3.4 Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i omsorgstiltaksforløpet?

Til forskjell fra utvalget i hjelpetiltaksforløpet, er barna i dette utvalget under offentlig omsorg. Selv om barnets foreldre har foreldreansvar for barnet, er det den kommunale barnevernstjenesten som har ansvaret for at barnet får nødvendig helsehjelp. Det praktiske knyttet til gjennomføring av helsehjelp for barnet er lagt til den eller de som har de daglige omsorgsoppgavene for barnet, slik som fosterhjem og barnevernsinstitusjon. Barrierer vi har funnet i mappenes helseopplysninger, og som oppstår i omsorgstiltaksforløpet kan deles inn i følgende tema: 1) BUP som tjeneste, 2) Barnet takker nei til helsetilbudet, 3) Passivitet hos omsorgsgivere, og 4) Uklar ansvarsfordeling mellom partene som følger opp barnet.

Barn og unge under offentlig omsorg har ofte flere relasjonsbrudd bak seg. Ut fra dokumentasjonen i mappene kan det se ut til at utrygghet knyttet til barnets relasjon til behandler i BUP kan utgjøre en barriere for helsehjelp. Dersom barnet for eksempel må bytte behandler ved BUP, eller ikke finner kjemien med tildelt behandler, kan dette føre til at behandlingen avsluttes fordi barnet trenger stabile relasjoner over tid for å føle trygghet nok til å åpne seg om egne utfordringer. I tillegg finner vi i mappene at det ikke alltid er samsvar mellom den behandlingen barnet ønsker, og den behandlingen BUP vurderer som mest formålstjenlig. I noen mapper er det også dokumentert at barna har vært henvist BUP gjentatte ganger, men at BUP ikke vurderer barnet som i behov av helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I en av sakene mistet barnet rett til døgnbasert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten fordi barnet ikke møtte til vurderingssamtale for innleggelse. I en mappe kommer det fram at fosterforeldre finner samarbeidet med BUP svært krevende. Dette fordi BUP forventer svært mye av fosterforeldrenes oppfølging av barnet, men samtidig får fosterforeldrene lite informasjon fra BUP fordi barnet er over 16 år gammelt.

Også i sakene som omhandler omsorgstiltaksforløp er det en barriere for helsehjelp at barnet selv takker nei til tilbudet om helsehjelp. Blant utvalget mapper i omsorgstiltaksforløpet finner vi fire jenter som har fått tilbud om DBT (Dialectical Behavior Therapy – dialektisk atferdsterapi) i poliklinikk. Samtlige har takket nei til tilbudet. I en av disse sakene avsluttet BUP behandlingsforløpet når jenta takket nei til DBT fordi BUP ikke vurderte samtaleterapi som nyttig for jenta. I noen mapper er det dokumentert at barna nekter frivillig innleggelse ved BUP akuttpost etter alvorlige hendelser og fremstilling for legevakst. I slike situasjoner er det barnevernsinstitusjonen barnet er plassert ved som får ansvaret for ivaretagelsen av barnet.

Selv om barna i utvalget er under offentlig omsorg finner vi opplysninger i mappene som tilsier at en barriere for helsehjelp kan være passivitet hos fosterforeldre og ansatte ved barnevernsinstitusjon. Denne

passiviteten beskrives i bekymringer fra helsevesenet knyttet til at for eksempel barnevernsinstitusjoner ikke har kapasitet til å hente barn ved utskrivning fra BUP akuttpost etter endt behandling, at fosterforeldre ikke deltar på tilbud om kurs og opplæring knyttet til fosterbarnets behov, eller foreldre som kontaktes etter alvorlige hendelser og som ikke viser interesse for barnet sitt i situasjonen.

En fjerde barriere for helsehjelp som opptrer i mappene som handler om omsorgstiltaksforløp er uklar ansvarsfordeling mellom partene som følger opp barnet, og mangel på koordinering av hjelpetilbud og hjelpetjenester. I 2 av mappene finner vi at barnets fastlege har meldt bekymring for manglende koordinering, mangel på informasjon og mange kansellerte avtaler. En av fastlegene melder bekymring for fare for feilmedisinering av barnet på grunn av manglende oppfølging og koordinering fra barnevernsinstitusjonen der barnet er plassert. I en annen sak etterlyser foreldrene til barnet koordinering av barnets helsetilbud, og koordinering mellom barneverntjeneste og spesialisthelsetjeneste. I tillegg finner vi dokumentasjon i en mappe på at ansatte i helsetjenesten uttrykker frustrasjon overfor et barn på grunn av det de oppfatter som unødvendig ressursbruk fra helsevesenet på barnets selvskading og selvmordsforsøk. Vi finner også dokumentasjon på diskusjon mellom barnevernstjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste i en sak der barnets utfordringer og fungering er knyttet til barnets diagnose.

6.3.5 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i omsorgstiltaksforløpet?

Blant faktorer som ser ut til å bidra til helsehjelp til barn og ungdom i omsorgstiltaksforløpet finner vi at barnet selv forstår, og utvikler innsikt i egen helseproblemer og ut fra dette ønsker hjelp. I mappene finner vi dokumentert at flere barn selv ber om hjelp, og tar kontakt med helsesykepleier eller etterspør helsehjelp fra BUP. I en av mappene er det beskrevet hvordan et barn i samtale med lege får medisinsk informasjon om hvorfor barnet opplever vansker og helseplager. Denne samtalen fører til at barnet ønsker utredning og behandling for å bli kvitt vanskene.

En annen faktor vi finner i mappene som bidrar til helsehjelp er opplæring, kurs og veiledning til de som har den daglige omsorgen for barnet. Dette gjelder både barn som er i fosterhjem og barn som er institusjonsplasserte. For fosterhjem er det opplæring og kurs i regi av spesialisthelsetjenesten som er dokumentert. For institusjonspersonell finner vi at veiledning fra BUP poliklinikk knyttet til spesifikke behandlingsmetoder, veiledning fra akutt ambulant team knyttet til ungdom med høy suicidfare, og veiledning knyttet til funksjonshemming fra spesialenheter er gitt til institusjonsansatte. Denne veiledningen ser ut til å gi personalet kunnskap og trygghet til å stå i de daglige helseutfordringene barnet måtte ha, og også kople på rett helsehjelp for barnet.

Til slutt finner vi at oppnevning av verge for barna kan bidra til helsehjelp for noen barn i omsorgstiltaksforløp. For to av barna i utvalget er foreldrene utilgjengelige, og oppnevning av verge fører i disse sakene til at vergen blant annet sikrer at barnet får tilgang til offentlige tjenester barnet har krav på.

6.4 Utvalg C – Forløp ved institusjonsplassering

Utvalg C - mapper med tiltaksstatus institusjonsplassering fordeler seg på 5 gutter og 10 jenter. Utvalget mapper er hentet fra 2 statlige institusjoner og 2 ideelle institusjoner. Til sammen er det mapper fra 7 ulike institusjonsavdelinger. Hovedtyngden av institusjonsplasseringer i dette utvalget er i aldersgruppen 16 år eller eldre, og utvalget består av dobbelt så mange jenter som gutter. I utvalget finner vi 3 gutter, og 3 jenter i aldersgruppen 12-15 år. 10 av barna i utvalget har hatt kontakt med barnevernet i inntil 5 år, og de fleste har hatt tidligere plasseringer i fosterhjem, eller i annen barnevernsinstitusjon.



Kjønn	Aldersgruppe	Plassering	Kontakt barnevern	Tidligere tiltak	Kommunestørrelse
Gutt	12 - 15 år	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Institusjon	8 -9 år	Fosterhjem	5001-20 000 innb.
Gutt	12 - 15 år	Institusjon	8 -9 år	Hjelpetiltak	20 001 - 50 000 innb.
Gutt	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	Inntil 5000 innb.
Gutt	16 år eller eldre	Institusjon	6 -7- år	Fosterhjem	5001-20 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Institusjon	Inntil 5 år	Beredskapshjem	5001-20 000 innb.
Jente	12 - 15 år	Institusjon	Inntil 5 år	Hjelpetiltak	50 001 eller flere innb.
Jente	12 - 15 år	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Hjelpetiltak	5001-20 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Institusjon	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Fosterhjem	20 001 - 50 000 innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	Inntil 5 år	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	10 år eller lengre	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.
Jente	16 år eller eldre	Institusjon	10 år eller lengre	Fosterhjem	50 001 eller flere innb.

6.4.1 Beskrivelse av to helseforløp i barnevernsinstitusjon

Mappene vi har gjennomgått i barnevernsinstitusjonene starter ved forespørsel om plassering til institusjonene fra Bufetat. I inntaksprosessen får barnevernsinstitusjonen tilgang på en rekke opplysninger om barnets historie, utredninger som er gjort, og barnets behov for omsorg og helsehjelp. Når vi beskriver eksempler på helseforløp i barnevernsinstitusjons har vi valgt å også presentere bakgrunnsopplysninger om barnets helse slik vi har funnet det dokumentert i mappene.

Forløp 5: Gutt, aldersgruppe 12-15 år, hatt kontakt med barnevernet 8-9 år

I barnevernmappa ved institusjonen finner vi at gutten tidligere i livet har vært utredet i spesialisthelsetjenesten og fått ADHD-diagnose. Gutten er også utredet for epilepsi, og medisineres for dette. Omtrent et år før gutten flytter inn i institusjonen finner vi i mappa at gutten har fått tilsagn om MST-tiltak fra Bufetat. Vi finner ikke dokumenter på gjennomføring eller resultat av MST-tiltak i mappa. I inntaksvurderingen beskrives gutten som aggressiv og grenseløs, at han stjeler og at han strever med å forstå sosiale koder.



2021

2022

2023

Gutten

Aggressiv Stjeler Strever med sosiale koder	Flytter inn i institu- sjonen	Oppstart ADHD- medisin Avsluttet pga. bivirkninger	Flere epilepsi- anfall Utrygg Vondt i magen Kirurgisk inngrep utført	Flytter til ny avdeling, Mer aggressiv Sover dårlig Selvmords- tanker	Økning i anfall Uro og sinne Motsetter seg kartlegging på BUP	Vansker med personlig hygiene Ikke kognitivt og språklig aldersadekvat
--	--	---	--	---	--	---

Barnevernsinstitusjon

Bestiller tannlege- time Bestiller legetime hos BUP	Følger opp legetimer og medisiner- ing av epilepsi og ADHD	Flytter gutten fra akutt til omsorg Tar lang tid å finne fosterhjem	Barneverns- tjenesten ønsker at gutten blir boende i institusjonen Kartlegges ift. omsorgsbehov
--	---	---	---

Fastlege

Henviser til kirurgi (mindre inngrep)	Følger opp epilepsi og medisinering	Følger opp allergi og medisinering	Henviser til epilepsi- utredning
--	---	--	--

BUP

Legetime BUP ang. medisin ADHD	Tilbyr ikke samtaler før epilepsi er utredet	Henviser til 12 ukers utrednings- opphold i akuttpost
---	---	---

Akuttpost BUP

Inntak utred- ning	Akuttpost mener voldsrisiko er høyere enn de er forespeilet. Gutten vil miste plassen om han utøver vold
--------------------------	---

I barnevernmappa ved institusjonen er det dokumentert en tett oppfølging fra institusjonens side når det gjelder guttens helseutfordringer og behov for helsehjelp. Det er også dokumentert samarbeid med guttens foreldre om helsebehov og helsehjelp. I denne saken har det vært utfordrende for Bufetat å finne fosterhjem til gutten, og gutten er derfor blitt boende ved institusjonen. Ved slutten av perioden av mappegjennomgangen får gutten innvilget et 12-ukers utredningsopphold ved BUP akuttpost relatert til sosiale utfordringer, uro, engstelse og sinne fordi han ikke ønsker psykologiske kartlegginger poliklinisk. Akuttposten finner imidlertid guttens aggressivitet og risiko for utøvelse såpass høy at de vil skrive ut gutten dersom han bruker vold på posten.

Forløp 6: Jente, aldergruppe 16 år eller eldre, kontakt med barnevernet 10 år eller lengre

I barnevernmappa ved institusjonen finner vi at jenta har vært under offentlig omsorg siden hun var spedbarn. I mappa er det dokumentert at jenta sliter med psykisk helseutfordringer, og medisineres mot depresjon og angst. Jenta har benyttet rusmidler som selvmedisinering, og strever i det daglige med trang til å ruse seg. Jenta har skadet seg, og følges opp ortopedisk under hele plasseringstiden ved institusjonen.



2022

2023

Jenta

Flytter fra fosterhjem og inn i institusjon pga rusmisbruk, selvskadning og selvmordstanker	Kaster opp maten, har ikke matlyst. Benekter spiseforstyrrelse. Vil ikke ha psykolog	Har en del somatiske plager	Begynner på utdanning innenfor treningslære. Fungerer bedre i institusjonen	Fått jobb som trener. Håndterer følelser og uro gjennom aktivitet	Rastløs og varierende i humør. Ønsker ikke tilbud om psykolog
---	--	-----------------------------	---	---	---

Barnevernsinstitusjon

Helseansvarlig følger opp medisinering i dialog med fastlege. Følger opp ortopedisk behandling	Tilrettelegg er for næringsrikt kosthold	Jobber med å holde jenta rusfri. Øvelseskjør er med jenta	Følger opp tannlege	Finner alkohol på rommet til jenta
--	--	---	---------------------	------------------------------------

Fastlege

Medisinering mot depresjon og angst. Medisinering av migrene	Følger opp dårlig matlyst og kroppslig uro	Henviser til MR pga ryggsmarter
--	--	---------------------------------

BUP

Oppstart BUP	Sak avsluttes da utredning ikke er aktuelt, og jenta ikke ønsker videre tilbud
--------------	--

Sykehus

Kontrolltime ortopedisk, brudd som ikke vil gro. Vurderer ny operasjon	Avtale om operasjon, ortopedisk
--	---------------------------------

I mappa finner vi dokumentert hvordan helseansvarlig ved institusjonen følger opp jentas somatiske og psykiske helse gjennom samarbeid og dialog med jentas fastlege, og forsøk på å få i gang et behandlingstilbud hos psykolog ved BUP. Ved avslutning av mappegjennomgangen er det dokumentert at institusjonsansatte finner alkohol på jentas rom, men det er ikke dokumentert rusbruk utover dette.

6.4.2 Hvilke typer helsehjelp er involvert i forløp ved institusjonsplassering?

Innenfor utvalget barn som er plassert i barnevernsinstitusjon er det dokumentert i mappene at samtlige 15 barn mottar psykiatrisk behandling. Hos 14 av disse barna er det dokumentert at barna har gjennomgått psykiatrisk utredning, enten før eller etter plassering i institusjonene. Det er videre dokumentert somatisk utredning for 14 av barna. Det ene barnet det ikke er dokumentert somatisk utredning for mottar imidlertid et somatisk helsetilbud. For 14 av barna i utvalget er det dokumentert i mappene at barna mottar et somatisk helsetilbud, mens i en av mappene framgår det ikke om barnet har mottatt et somatisk behandlingstilbud etter utredning.

Kjønn	Psykiatrisk utredning	Psykiatrisk behandling	Somatisk utredning	Somatisk behandling
Gutt	X	X	X	X
Gutt	X	X	X	X
Gutt	X	X	X	X
Gutt	X	X		X
Gutt	X	X	X	uklart
Jente		X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente		X	X	X
Jente	X	X	X	X
Jente	X	X	X	X
(n=15)	13	15	14	14

I mappene vi har gjennomgått i barnevernsinstitusjonene finner vi dokumentert somatiske diagnoser i 12 mapper, og psykiatriske diagnoser i 11 mapper (diagnoser slik de er nedtegnet i mappene, diagnosene kan gjelde flere av barna i utvalget selv om de nevnes kun en gang i tabellen):

Diagnoser somatisk	Diagnoser psykiatrisk
Akne	Dissosiativ lidelse
Covid	Dysleksi
D-vitaminmangel	Kompleks PTSD
Dårlig tannhelse	Språkvansker
Epilepsi	Tilpasningsforstyrrelser i skoleferdigheter
Jern-mangel	Ustabil spiseforstyrrelse
Klumptomler	F42.2 Tvangslidelse, blandede tvangstanker og handlinger
Kyssesyke	F43.8 Andre spesifiserte reaksjon på alvorlig belastning
Laktoseintoleranse	F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning
Middallergi	F80.2 Impressiv språkforstyrrelse
Nøtteallergi	F90.0 Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet
Overvekt	F92.8 Andre spesifiserte blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser i barndommen
Pollenallergi	F95.2 Tourettes syndrom
Ringorm	F98.8, oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet/ADD
Scolilose	P79 Obsessiv-kompulsiv lidelse INA
Støvmiddallergi	
Tuberkulose	
Vitamin B-12 mangel	

6.4.3 Legemidler dokumentert i institusjonsplasseringsmappene – reseptbelagte og reseptfrie

I mappene som omhandler institusjonsplasseringer (n=15) er det dokumentert bruk av reseptbelagte legemidler i 12 av mappene (3 gutter, 9 jenter). Det er dokumentert reseptbelagte legemidler for 2 gutter i aldersgruppen 12-15 år, og for 1 gutt i aldersgruppa 16 år eller eldre. Den aldersgruppa det er dokumentert mest bruk av reseptbelagte legemidler for er jenter 16 år eller eldre, her finner vi 7 av jentene. De 2 siste jentene befinner seg i aldergruppa 12-15 år. Det er dokumentert bruk av reseptfrie legemidler i 9 av mappene (2 gutter, 6 jenter).

Mappeopplysninger	Alder	Reseptbelagt	Reseptfri
Kjønn = Gutt (5)			
	16 år eller eldre (2)	1	0
	12 - 15 år (3)	2	3
	11 år eller yngre (0)	0	0
Kjønn = Jente (10)			
	16 år eller eldre (7)	7	5
	12 - 15 år (3)	2	1
	11 år eller yngre (0)	0	0
Total (n=15)		12	9

Type legemidler vi har funnet dokumentert i mappene:

Reseptfri	Reseptbelagt
D-vitaminer	Abilify
Ibux	Alimemazin Evola
Ketoconazol	Antidepressiva
Nesespray	Buccomal
Paracet	Circadin
Vitamintilskudd	Concerta
	Imigran
	Lamictal
	Livostin øyedråper
	Medikinet
	Melatonin
	Melatonin Depo
	Melatonin spray
	Orfiril
	P-plaster
	Ritalin
	Serquel
	Sertralin
	Sobril
	Tuberkulosemedisin
	Zoloft

6.4.4 Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og ungdom i forløp ved institusjonsplassering?

I utvalget mapper som omhandler institusjonsplasseringer er det særlig fire tema som utpeker seg som barrierer for helsehjelp: 1) BUP som tjeneste og samarbeidspart, 2) Barnet takker nei til tilbud om helsehjelp, 3) Helsenorge-appen, og 4) Legeoppfølging av barnet.

Også i mappene i dette utvalget finner vi at samarbeidet med BUP kan være utfordrende og skape barrierer for helsehjelp til barn som er plassert i institusjon. Dette kan handle om at BUP ikke starter opp utredninger eller behandlingsforløp når BUP vurderer barnets omsorgssituasjon som ustabil, eller at samarbeidet mellom BUP og barnevernsinstitusjonen er preget av ulike syn på hva som er barnets behov. Vi har gjort to oppsøksvekkende funn under dette temaet, der det ene handler om et langvarig vanskelig samarbeidsforhold mellom BUP og barnevernsinstitusjonen. I denne saken fikk institusjonen lite eller ingen informasjon fra BUP, behandler ved BUP ønsket ikke å forholde seg til institusjonens observasjoner av barnet eller institusjonens kontaktforsøk i forbindelse med å få til en samarbeidsrelasjon, og til slutt meldte BUP at de ønsket å trekke seg ut av saken. I den andre saken fikk barnet tilbud om oppfølging fra FactUng i tillegg til den helsehjelpen barnet mottok, noe som førte til at behandler ved BUP meldte at barnet kunne miste tilbudet i spesialisthelsetjenesten dersom FactUng ble koplet på saken. I to av mappene finner vi at barnet ikke får tilbud om helsehjelp fra BUP fordi BUP vurderer omsorgssituasjonen til barnet som uforutsigbar. I en annen mappe finner vi at BUP døgnpost vurderer å skrive ut en gutt som er innvilget utredningsopphold fordi BUP opplever høyere voldsrisiko hos gutten enn det BUP hevder forespeilet. Dette selv om gutten er søkt utredet nettopp på grunn av blant annet utageringsproblematikk.

I 10 av mappene finner vi dokumentert at barnet enten har motsatt seg helsehjelp, enten somatisk eller psykiatrisk, eller takket nei til helsehjelpstilbud. I de fleste tilfellene ser det ut til at institusjonen har gjort et godt forarbeid når det gjelder motivering for helsetilbud, og institusjonen har gjort avtaler og bestilt timer for barnet. Når tiden kommer for å møte til avtale kan det se ut til at terskelen blir for høy for barnet det gjelder, og barnet nekter å møte hos for eksempel fastlege, tannlege eller BUP. I 4 av disse mappene er det dokumentert at utrednings- eller behandlingstilbudet oppleves for krevende av barnet det gjelder, og i disse situasjonene ser det ut til å være vanskelig både for institusjonspersonalet og behandlere ved BUP å motivere barnet til å fortsette å ta imot det tilbudet som er gitt.

I 4 mapper finner vi at manglende tilgang til Helsenorge-appen skaper barrierer for helsehjelp når det gjelder barn som er plassert i institusjonen. Spesielt er dette en barriere der foreldre har behov for oversikt over medisiner, eller har behov for at barnet har medisiner under samvær og ferier. Problemet for foreldrene handler om at de ikke får tilgang til barnets opplysninger når de ikke lenger har samme folkeregistrerte adresse som barnet. Følgende melding fra Helsenorge-app ble gitt til en forelder som hadde behov for opplysninger for å følge opp barnet: "Hvis ingen foreldre er folkeregistrert på samme adresse som barnet, vil ingen av dem kunne representere barnet". I tillegg er det slik at barnet selv ikke får tilgang før det fyller 16 år, og dermed oppstår det barrierer tilknyttet opplysninger i appen når verken foreldre eller barnet selv har tilgang til disse. I to mapper ser vi at det er ungdom over 16 år som har problemer med å få tilgang til Helsenorge-appen. Der det er problematisk for barnet å få tilgang til appen ser vi i mappene at personalet ved institusjonen tilbyr hjelp og veiledning for at dette skal komme på plass. I en av mappene ønsket ungdommen selv å ikke laste ned appen fordi den tok for stor lagringsplass på ungdommens mobiltelefon.

Til sist har vi observert at tilgang til fastlege, og problemer med å få kontakt med lege innenfor sykehus eller spesialisthelsetjeneste kan utgjøre en barriere for helsehjelp til barn som er plassert i institusjon. Dette kan handle om fastleger som slutter, og at barnet må stå på venteliste for å få ny fastlege. Det er også dokumentert i en av mappene at ventetiden for å komme inn på legekantoret var så langt at barnet ville forlate legekantoret. I 2 mapper har vi sett at det mangler kommunikasjon mellom sykehus eller spesialisthelsetjeneste, og at fastlege ikke mottar epikrise slik at det er mulig for fastlegen å følge opp

helsehjelp til barnet. I en av sakene hadde et barn ventet i 2,5 år på utredning hos BUP, og etter tilsyn i institusjonen konkluderte Statsforvalteren med at gutten ikke hadde fått nødvendig helsehjelp og at BUP hadde brutt journalplikten.

6.4.5 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i plasseringstiltakstiltaksforløpet?

I mappene finner vi at en av de viktigste faktorene som ser ut til å bidra til helsehjelp til institusjonsplasserte barn er barnets egen forståelse av sine helseproblemer og eget ønske om å få hjelp. Samtidig ser det ut til at institusjonspersonalets motivering til, og oppfølging av barnas helsehjelpstilbud henger tett sammen med barnets ønske om hjelp.

En annen viktig faktor for helsehjelp er institusjonens tilrettelegging for at helsehjelpen skal finne sted, og institusjonens oppfølging av barnets helserelaterte problemer. I to mapper er det dokumentert at institusjonene har tilrettelagt for at helsehjelp blir gitt i institusjonen, blant annet besøk av fastlege for gjennomføring av timeavtaler, og besøk av helsesykepleier for vaksinasjon og relasjonsbygging. Det er dokumentert i flere mapper at helseansvarlig ved institusjonen tar en aktiv rolle når det gjelder å kontakte ulike etater og helsetjenester for samarbeid rundt det plasserte barnet, og for å sikre korrekt oppfølging rundt temaer som medisiner og kosthold. I to mapper finner vi at personalet ved institusjonen tilbyr barnet bistand når det gjelder nedlastning, pålogging, og bruk av Helsenorge-appen.

En siste faktor som bidrar til helsehjelp til institusjonsplasserte barn er institusjonens samarbeid med barnets foreldre. Vi har sett i mappene at institusjoner samarbeider med foreldre om for eksempel henvisning til spesialisttjenester som reguleringstannlege, eller samtaletilbud for foreldre hos spesialisthelsetjenesten. Vi har også sett at institusjonsansatte drøfter muligheter for helsehjelp med barna, og bruker tid på å informere foreldre om institusjonens rolle, plikt, og rett til å følge opp barnets helsesituasjon.

6.5 Hvilke hjelpeinstanser aktiveres i barnevernsmappene når det gjelder barnas helseforløp og hendelser relatert til helse?

I gjennomgangen av mappene har vi fortløpende registrert hvilke hjelpeinstanser som er aktivert tilknyttet barnas helseforløp, eller i forbindelse med helserelaterte hendelser. Det er til sammen dokumentert 68 ulike hjelpeinstanser i mappene relatert til barnas helseopplysninger. Hjelpeinstanser i materialet spenner fra somatiske og psykiatriske sykehus, til mer alternative tilbud. I tabellen nedenfor viser vi de 15 hjelpeinstansene som er dokumentert i flest mapper. Det er lave antall registreringer når det gjelder de resterende 53 instansene, og de er følgelig ikke inntatt i tabellen.

Hjelpeinstans	Hjelpetiltak (n=13)	Omsorgstiltak (n=13)	Institusjons- plasseringer (n=15)	Totalt (n=41)
BUP	11	13	15	39
Sykehus	10	11	10	31
Fastlege	7	9	14	30
Barnevernsinstitusjons- ansatte	2	8	15	25
Helsesykepleier	5	9	6	20
Politi	4	10	6	20
PPT	6	4	9	19
Akuttpost BUP	6	8	4	18



Legevakt	5	7	5	17
Tannlege	1	3	12	16
AMK -nødetat	4	7	3	14
Barnevernvakt	5	8	1	14
BUP døgnpost	3	4	5	12
Habiliteringstjeneste	2	4	3	9
Fysioterapi	4	1	2	7

BUP poliklinikk er den hjelpeinstansen som er dokumentert i flest mapper. Deretter følger sykehus (somatisk helsehjelp) og fastlege. Den hjelpeinstansen vi finner med fjerde høyest registreringsantall er ansatte ved barnevernsinstitusjoner. I 25 mapper er det dokumentert at det er institusjonspersonell som svarer ut behov knyttet til barnas helseutfordringer. Når det gjelder aktivering av politi som hjelpeinstans handler dette i svært høy grad om alvorlige hendelser som selvsykdom og selvmordsforsøk der foreldre og barnevernsansatte har behov for politibistand for at andre hjelpeinstanser (for eksempel nødetater og legevakt) skal komme i posisjon til å gi barnet den helsehjelpen barnet har behov for.

6.6 Oppsummering av funn fra mappestudien

I mappestudien har vi gjennomgått til sammen 41 barnevernsmapper som omhandler barn med hjelpetiltak i hjemmet, barn som er under offentlig omsorg og som er plassert utenfor hjemmet, og barn som er plassert i barnevernsinstitusjon, enten som hjelpetiltak eller som omsorgstiltak. Vi har trukket ut dokumenterte helseopplysninger og informasjon knyttet til barnas helseforløp, og presentert funnene fra studien i dette kapitlet. Mappene er valgt ut av barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene som har deltatt i studien etter inklusjonskriteriene langvarig kontakt med barnevernet (minimum to år) og kompleksitet knyttet til barnets helseutfordringer. I tillegg har barnevernstjenesten blitt oppfordret til å velge ut mapper der de selv opplever utfordringer rundt barnets tilbud om helsehjelp.

Barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonenes utvalg av mapper representerer en gruppe barn og unge innenfor barnevernet som har et omfattende behov for helsehjelp, både når det gjelder psykisk og somatisk. Det kan også se ut som at behovet for helsehjelp for denne gruppen barn øker i takt med barnevernets tyngde når det gjelder intervensjoner og tiltak.

Vi har registrert diagnoser, somatiske og psykiatriske, samt medisinbruk vi har funnet dokumentert i mappene. Vi har funnet somatiske diagnoser dokumentert i 34 mapper, og psykiatriske diagnoser i 36 av mappene. Det er færre dokumenterte diagnoser i mappene fra barnevernsinstitusjonene enn i mappene som omhandler hjelpetiltak og omsorgstiltak. Mappene fra barnevernsinstitusjonene er begrenset til tiden for barnets plassering og oppholdstid i institusjonen, og derfor kan dokumentasjon rundt helseopplysninger som diagnoser mangle. Samtidig ser vi i mappene fra barnevernsinstitusjonene at flere barn i dette utvalget motsetter seg tilbud om utredning og behandling ved BUP enn i de to andre utvalgene av mapper. Når det gjelder utvalget mapper samlet (n=41) ser vi av de dokumenterte diagnosene at gruppen barn utvalget omhandler ofte har flere, og til dels alvorlige psykiatriske diagnoser. Samtidig ser vi av mappene at barnevernet, enten i form av barnevernstjenesten eller barnevernsinstitusjonen der barnet er plassert, ender med ansvaret for at barnet får den helsehjelpen barnet har behov for. Dette gjelder spesielt behovet for psykisk og psykiatrisk helsehjelp, der ansvaret for helsehjelpstilbudet ligger hos spesialisthelsetjenesten. Dette er bekymringsfullt, og en alvorlig ansvarsforskyvning av barn i barnevernets behov for helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge/spesialisthelsetjenesten til barnevern.

Mappene viser at svært mange hjelpeinstanser aktiveres når det gjelder barnas behov for helsehjelp. Vi har identifisert 68 ulike instanser dokumentert i mappene som har vært involvert når det gjelder barnas helseopplysninger og helsehjelp. Mappestudien viser også at i de sakene der barn er plassert i institusjon, enten som hjelpetiltak eller som omsorgstiltak, er det de institusjonsansatte som i størst grad aktiveres når det gjelder å svare ut behov knyttet til helseutfordringene til barna som er plassert ved institusjonen. Dette kan ved første øyekast virke naturlig, i og med at barnevernsinstitusjonen har ansvaret for den daglige omsorgen. Imidlertid viser opplysningene i mappene at barnevernsinstitusjonene i stor utstrekning blir sittende med et ansvar for oppfølging av barnas helse som ligger utenfor de institusjonsansattes kompetanse. Dette gjelder problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse, og alvorlige hendelser knyttet til selvskading og selvmordsproblematikk, utageringer, vold og trusler. Barnevernsinstitusjonene skal ha, og har god kompetanse på barns behov for omsorg og beskyttelse. Imidlertid er den kompetansen som er nødvendig for å håndtere og tilby psykisk helsehjelp i de forannevnte situasjonene ikke en kompetanse barnevernsinstitusjonene besitter eller har juridisk ansvar for. Det er svært bekymringsfullt at psykisk helsevern for barn og unge ikke tar nødvendig ansvar for helsetilbudet til disse barna, men velger å forskyve ansvaret til barnevernsinstitusjonene.

Nå det gjelder barrierer for helsehjelp finner vi at BUP som tjeneste utmerker seg i utvalget av mapper som helhet. Barrierene handler blant annet om kapasitetsproblemer ved de lokale BUP-klinikkene, bemanning og organisering av tjenesten, BUPs avslag på helsehjelp dersom BUP vurderer barnets omsorgssituasjon som uavklart, og at BUP avslutter sakene dersom barnet ikke møter til avtalte timer. Barn som er plassert utenfor hjemmet, enten som hjelpetiltak eller som omsorgstiltak, er spesielt sårbare for relasjonsbrudd og har behov for tid og trygghet når det gjelder å etablere nye relasjoner. Vi stiller oss derfor undrende til den praksisen vi finner dokumentert i mappene når det gjelder BUPs håndtering av bemanning og prioritering av kontinuitet for denne gruppen barn, og ikke minst BUPs praksis når det gjelder avslutning av saker der BUP vurderer barnet som ikke motivert når barnet strever med å møte til avtaler ved klinikk.

En annen barriere vi finner gjennomgående i mappene er barnets egen holdning når det gjelder tilbud om helsehjelp. I litt over halvparten av mappene finner vi at barnet selv takker nei til helsetilbud, eller nekter å stille til avtalte timer når dagen er der. Dette kan handle om at barnet er engstelig for å møte helsepersonell som helsesykepleier, lege eller tannlege, eller at barnet har en uttalt redsel for nåler/sprøyter. At barnet takker nei til utredning og behandling innenfor BUP kan handle om at barnet selv ikke har kunnskap eller forståelse rundt egne helseproblemer- og behov, eller at barnet opplever behandlingstilbudet som krevende eller ikke i tråd med det barnet selv ønsker.

Vi ser også at Helsenorge-appen skaper barrierer for helsehjelp til barn i barnevern. Spesielt gjelder dette i tilfeller med barn under 16 år plassert utenfor hjemme, og der foreldre med foreldreansvar som ikke har samme folkeregistrerte adresse som barnet. Helsenorge-appen gir i slike tilfeller ikke foreldrene anledning til å representere barnet, noe som kan føre til problemer rundt resepter og medisiner både i hverdagen og rundt samvær og ferier. For barn som er 16 år og eldre kan Helsenorge-appen utgjøre en barriere både når det gjelder ungdommens tilgang til appen, men også ungdommens egne interesse i å forholde seg til appen.

Når det gjelder barn og unge plassert utenfor hjemmet, ser vi av mappene at organisering, ansvar og kommunikasjon rundt barnas helsebehov og helsetilbud kan utgjøre barrierer. I mappene finner vi dette dokumentert spesielt fra fastlegenes perspektiv, for eksempel at informasjon relatert til medisinoppfølging og barnets behov for helsehjelp glipper mellom partene. Vi ser også i mappene at manglende informasjonsflyt og kommunikasjon mellom BUP og barnevernsinstitusjonene kan utgjøre betydelige barrierer for barnas helsehjelp.

En viktig faktor som bidrar til helsehjelp er at barnet selv har kunnskap om, og forståelse av sine egne helseproblemer og behov for helsehjelp. Vi finner dokumentert i mappene at kunnskap om helse og psykisk helse som formidles til barnet gjennom trygge relasjoner, og helst fra helsepersonell, ser ut til å positivt påvirke barnets eget ønske om å motta helsehjelp. En annen faktor som bidrar til helsehjelp for

barnet er veiledning fra spesialisthelsetjenesten til de som har den daglige omsorgen for barnet. Dette gjelder spesielt for plasseringer av barnet utenfor hjemmet. Når barnet er plassert i barnevernsinstitusjon ser vi i mappene at tilrettelegging for helsehjelp, for eksempel ved at helsesykepleier eller fastlege besøker barnet i institusjonen, bidrar til at barnet i høyere grad takker ja til, og nyttiggjør seg helsehjelp.

Hovedpoeng i kapitlet:

- Utvalget i kapitlet representerer en gruppe barn og unge innenfor barnevernet som har et omfattende behov for helsehjelp, både somatisk og psykiatrisk. Behovet for helsehjelp ser ut til å øke i takt med barnevernets tyngde når det gjelder intervensjoner og tiltak.
- I utvalget barnevernmapper vi har gjennomgått finner vi at barna ofte har flere, og til dels alvorlige psykiatriske diagnoser.
- Svært mange hjelpeinstanser aktiveres når det gjelder mappeutvalgets behov for helsehjelp.
- Det skjer en ansvarsforskyvning fra psykisk helsevern til barnevern når det gjelder barnas behov for psykisk og psykiatrisk helsehjelp.
- Barn som er plassert i barnevernsinstitusjon får i svært stor grad hjelp av institusjonsansatte når barna har behov for helsehjelp fra helsetjenester og spesialisthelsetjenester fordi inngangsterskelen til helsetjenestene er spesielt høy for denne gruppen.
- Den største barrieren for helsehjelp til barn i barnevern ligger hos BUP som tjeneste og organisasjon; herunder kapasitetsproblemer, bemanning, avslag på søknader om helsehjelp fordi BUP vurderer omsorgssituasjonen som uavklart, og avslutning av saker fordi barnet ikke møter til avtaler.
- En annen stor barriere for helsehjelp til barn i barnevern er at barn og ungdom selv takker nei til, eller avslår tilbud om helsehjelp.
- I mappene fra barnevernsinstitusjonene ser vi at flere barn i dette utvalget motsetter seg tilbud om utredning og behandling ved BUP enn i de to andre mappeutvalgene.
- Helsenorge-appen skaper barrierer for helsehjelp spesielt for barn plassert utenfor hjemmet. Dette fordi det kun er personer med foreldreansvar og bosatt på samme adresse som barnet som har tilgang til barnets opplysninger hos Helsenorge.
- Når barn er plassert utenfor hjemmet, og antallet personer og instanser som har ansvar for barnet øker, kan manglende kommunikasjon mellom partene skape barrierer for barnets helsehjelp.
- Kunnskap om helse og psykisk helse som formidles i trygge relasjoner, helst fra helsepersonell, påvirker barnet positivt når det gjelder å ta imot helsehjelp.
- Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til de som har daglig omsorg for barn plassert utenfor hjemmet (fosterforeldre og institusjonsansatte) bidrar til bedre helsehjelp for barnet.
- Tilrettelegging av helsehjelp i form av at helsepersonell besøker institusjonsplasserte barn der de bor bidrar til at barn i høyere grad takker ja til og nyttiggjør seg helsehjelp.

7 Barrierer for helsehjelp – perspektiver fra saksbehandlere i barnevernstjenesten og helseansvarlige i barnevernsinstitusjon

I dette kapittelet presenteres det hvilke barrierer for helsehjelp som finnes, basert på intervjuer med saksbehandlere i barnevernstjenester og helseansvarlige i institusjoner. De ble spurt generelt om hvilke barrierer og muligheter de opplever for at barn i barnevernet får tilgang til helsehjelp. I tillegg ble de som var saksbehandlere/helseansvarlig for mappene i mappestudiet (kap. 6), intervjuet om barrierer knyttet til det som kom fram i disse. Slik fikk man belyst eksempler på barrierer i helseforløpet til barna, og hvilke vurderinger man har gjort i disse situasjonene. Det informantene har fortalt om enkeltmapper, blir her i kapittelet sammenstilt med de generelle barrierene de opplever. Funn fra lederintervjuene er presentert i kapittel 9, men opplysninger som er relevant for å nyansere bildet blir inkludert her.

Psykisk helsehjelp og BUP diskuteres mye i de fleste intervjuene og er dermed den største tematikken i de videre kapitlene (kap. 8-9). Flere sier at det er lite utfordringer med hjelp til somatisk helse, mens en saksbehandler sier de kanskje glemmer somatikken:

De som kanskje har en fysisk sykdom, eller har noe fysisk, ofte tenker jeg at de glemmer vi litt av. For nå er alt så lagt på ungdommens psykiske helse, at det er så «in». Jeg har en del ungdommer og litt voksne barn, typ 14-15 år, som da har vært syke. Uten at det har blitt fanget opp. Så den er litt skummel synes jeg. (Saksbehandler D4)

Utenom psykisk helsehjelp og BUP er det andre tema som går igjen for alle informantgruppene, blant annet: samarbeidsvansker mellom helse og barnevern, barrierer hos foreldre og barna selv for å få tak i/motta hjelp og fastlegemangel. Videre presenterer vi de barrierene som finnes for å få helsehjelp, på individnivå og tjeneste- og systemnivå.

7.1 Metode

7.1.1 Rekruttering og utvalg

Vi har rekruttert saksbehandlere i barnevernstjenestene og helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene gjennom direkte henvendelser til barnevernledere og institusjonsledere, eventuelt fagledere ved barnevernsinstitusjonene. Utvalget saksbehandlere og helseansvarlige ved institusjonene er knyttet til barnevernmappene i mappestudien ved at de har ansvar for de aktuelle barna som mappene omhandler. Utvalget består av 11 saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste, og 6 helseansvarlige ved statlige og ideelle barnevernsinstitusjoner. Av hensyn til anonymitet, og for å hindre reidentifisering av barna som eier mappene, oppgir vi ikke hvor i landet informantene arbeider.

7.1.2 Gjennomføring av intervjuene

Etter gjennomgangen av barnevernmappene vi har fått tilgang til i kommunene har vi intervjuet saksbehandlere i barnevernstjeneste som har saksansvar for mappene i det daglige. Vi har intervjuet 10 saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste. Etter gjennomgang av mapper i barnevernsinstitusjonene har vi intervjuet helseansvarlig ved barnevernsinstitusjonen som har ansvaret for helseoppfølging av barna i det daglige. Vi har intervjuet til sammen 6 helseansvarlige ved de ulike barnevernsinstitusjonene. Intervjuene er gjennomført både fysisk og digitalt. Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Vi har bestrebet oss på å gjennomføre intervjuene fysisk, samtidig som vi har vært ute i barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene i forbindelse med mappegjennomgangen. Der det ikke var mulig å gjennomføre

intervjuer fysisk, ble intervjuene gjennomført digitalt så snart det lot seg gjøre etter mappegjennomgangen.

7.1.3 Analyse

Vi har benyttet “framework method”, eller rammeverk-metodikk, for analyse av intervjuene (Gale et al., 2013; Thoresen et al., 2022). Metoden innebærer utvikling av et skjema med forhåndsbestemte tematikker som er relevant for å svare på spørsmålene til studien, og basert på det som har kommet opp i intervjuene. De to mest brukte tematiske kategoriene er «barrierer for helsehjelp» og «tilgang på helsehjelp», med underkategoriene individ-, tjeneste- og systemnivå. Gjennom å lytte gjennom lydopptakene har funn og sitater blitt skrevet ut under kategoriene, på den måten har transkriberingen og analyseringen blitt gjort samtidig. Det meste av innholdet i intervjuene er transkribert gjennom denne metoden og tematikk som ikke passer inn i kategoriene har blitt satt under «annet». Det som er vurdert å ikke være relevant for studien, det som blir repetert flere ganger og intervjuerens spørsmål (der det ikke gir nødvendig kontekst for sitatet) har ikke blitt transkribert.

7.2 Intervjuer med saksbehandlere og ledere i barnevernstjenestene

11 saksbehandlere er intervjuet fra de fire kommunale barnevernstjenestene som mappene har blitt plukket fra. De har erfaring fra omsorgs- og undersøkelsesteam, og har fra rundt 5-20 års erfaring i barnevernstjenesten og i noen tilfeller fra barnevernsinstitusjon også.

7.2.1 Barrierer på individnivå – foreldre og barna selv

Saksbehandlere forteller om barn og ungdom som selv ikke vil motta helsehjelp, det gjelder særlig behandling/utredning hos BUP. Saksbehandlerne trekker frem at de noen ganger ikke ser selv at de er syke. Det er en utfordring å motivere barn og ungdommer, når de selv ikke ser at de trenger hjelp:

Så jeg føler ofte at man står der med at - vi voksne tenker at: «Du skulle blitt henvist en plass på grunn av sånn og sånn». Så er det ofte at de sier «Nei, jeg er ikke motivert». Sant. Og å være motivert er essensen i å kunne bli behandlet og sånn. [...] Vi kan jo heller ikke bære folk inn til BUP. Det er også – man må nok innse selv at man har behov for hjelp, det tror jeg.

(Saksbehandler D3)

Et par saksbehandlere forteller også at ungdom, som de tenker ikke får den helsehjelpen de har behov for, kan ende med å ty til narkotika for «å døyve smertene». Den ene (saksbehandler B1) sier at: *Da blir det ofte automatisk barnevern, når de tyr til den typen ting. Jeg tenker at dersom de hadde fått hjelpen de burde ha fått, så er det mye man kunne unngått – at de hadde kommet til barnevernet.*

Foreldre kan også påvirke tilgangen på helsehjelp. Det er særlig tre barrierer som blir tatt opp: 1) geografiske avstander til helsetilbud, 2) redsel for at det meldes bekymring fra helsetjenester man er i kontakt med og 3) utfordringer med digitale verktøy. Mye skjer på nettet, og foreldre kan ha utfordringer med å bruke digitale verktøy for å sende søknader og klager. En saksbehandler sier at det er flere som sliter med dette:

Det er jo ofte sånn at vi sitter med foreldre som kanskje ikke føler trygghet med å holde på med PC, sende inn søknad digitalt. De sliter kanskje bare med at vi sender referat på Digipost. [...] Det er foreldre med store utfordringer, ikke bare kan det være rus og psykiatri, men det kan også bare være enkle mennesker som synes dette er vanskelig. (Saksbehandler D4)

Saksbehandlere hjelper til med det digitale, men konsekvensene av denne barrieren kan være at barna og foreldrene ikke får tilgang på tjenester som de kunne ha fått: *Altså det å klage digitalt er supervanskelig det. Og hva gjør de da? Legger det vekk* (Saksbehandler D4). Utfordringene gjelder også for ungdommene, som kan ha lese- og skrivevansker og som ikke har BankID tilgjengelig.

En annen gruppe som er i fare for å ikke få tett nok helseoppfølging er ungdommene som av ulike grunner ikke har noen som følger dem opp tett nok, også økonomisk:

Og så har du gjerne disse ungdommene som bor i hybel med tilsyn, eller bor alene eller med mennesker som ikke klarer å følge dem opp – de er kanskje aldri hos legen. Og samme utfordring med tannlege da, der er det jo så dyrt. [...] (Saksbehandler D4)

En barnevernleder tematiserer også at det ikke er fosterhjem som vil ta inn ungdommene som sliter mest, som har psykiske vansker og som sliter med rus. Videre reflekterer en saksbehandler om at det er lite langsiktige planer for barna, selv om de kan ha livslange behov på grunn av psykiske lidelser eller andre funksjonsnedsettelse. Det er spørsmålet om hvem som ansvaret «her og nå» som er i fokus. Dette bringer oss videre til barrierer på tjenestenivå.

7.2.2 Tjenestenivå – barrierer i samarbeidet i kommunen og mellom sektorer

Saksbehandlere og ledere forteller mye om vanskelig samarbeid mellom barnevern og helse. Utfordringene beskrives som silotenking og ansvarsskyving, og at det fører til at barn faller mellom to stoler. Diskusjonene mellom sektorene handler om hvilke mandat de har og om hvilke utfordringer det enkelte barnet har; kommer det av omsorgssituasjon eller egne helseutfordringer hos barnet? Oppsummert er dette de punktene som blir nevnt som de største utfordringene i samarbeidene:

1. Ansvarsskyving: Uenighet om barnet faller inn under barnevernet eller helse sitt mandat. Diagnose «utløser» tilgang på helsetjenester, ikke barnets behov.
2. Få alternativer til tiltak og tilbud for barn og ungdom. Lite tilbud for psykisk helsehjelp i kommunene for barn og unge, og lite kompetanse på psykisk helse i barnevernet.
3. Ulike forståelser og språk mellom sektorene, på bakgrunn av kultur og profesjoner.

Når det gjelder punkt 1 er det å få en diagnose noe som kan føre til at man blir enige om at helse må ta et større ansvar. At diagnostisering utløser at helsetjenestene tar mer ansvar er både positivt for å få hjelp, men også en barriere all den tid man ikke får tjenester om man «bare» har behov og ikke fått en diagnose.

Et konkret eksempel på situasjoner der man «skyver på ansvar», er om man vil ha inn et avlastningstilbud. Dette kan både kommunale helse- og omsorgstjenester og barnevernstjenester tilby. Diskusjonene rundt hvem som skal tilby avlastning handler om hvilke utfordringer barnet faktisk har, og fortolkinger om det er foreldrenes omsorgsevner eller barnets helse som er «problemet». Det kan også bety noe om hvem som er med i diskusjonene rundt tilbudet til enkeltbarn, man opplever at en saksbehandler kan ha mindre å si opp mot en leder i spesialisthelsetjenesten. Det blir gitt et eksempel på en kompleks sak der man opplevde i barnevernet at en ungdom var for syk til å få hjelp hos dem:

For det var også et spørsmål: hvor kan hun være? Fordi at helseloven åpnet ikke for å utøve den type tvang, og det var mange sånn type spørsmål. Og kan akutenheten komme inn eller skal hun dit for å få sondenæring. Mange sånne spørsmål som gjorde at man landet på: dette her er jo helse. (Saksbehandler B2)

Et av samarbeidsforumene rundt enkeltbarn som blir omtalt, er ansvarsgruppene, men det fortelles at det kan være vanskelig å «dra lasset» sammen med alle aktører i gruppen. Individuell plan (IP) blir nevnt av et par informanter, enten at det har blitt koblet på sent i saker eller at det ikke brukes lengre. Om det er mye flytting for et barn, skjer det gjerne også en del utskifting av helsekontakter rundt den. Dette gjør situasjonen sårbar, fordi det kan være få som til slutt har god kjennskap til barnets situasjon.

7.2.3 Tjenester barnevernstjenester opplever konkrete barrierer opp imot

Tjenester innen helse som det er barrierer knyttet til er særlig fastlege, kommunale helse- og omsorgstjenester (f.eks. avlastningstilbud, tildelingskontor, barnebolig) og BUP. De største utfordringene med fastlege er fastlegemangelen og at tilbudet kan være personavhengig. Det er vanskelig å få tak i ny fastlege for barna som flytter vekk fra sin fastlege. Foreldre kan ønske å beholde fastlegen til barnet, da de

kanskje forventer at barnet skal hjem igjen snart. Ellers er det personavhengig hvilken hjelp barnet får og hvordan samarbeidet med fastlegen er, eksempler på dårlige erfaringer handler om at fastleger vil ikke dele informasjon og er vanskelige å få tak i.

BUP blir trukket frem av saksbehandlerne som en helsetjeneste med flere barrierer for at barna og ungdommene i barnevernet skal få benyttet seg av tilbudene deres. De første barrierene kan oppstå tidlig, å få innvilget hjelp i det hele tatt. Dette handler særlig om to ting: 1) man må ha store psykiske vansker (men også være så «frisk» og med lite utfordrende atferd at man kan være der på utredningsopphold) og 2) at man må ha en avklart og stabil omsorgssituasjon for å bli utredet og få behandling. Om sistnevnte sier en barnevernleder:

Når de er i fosterhjem eller i beredskapshjem, altså BUP tar jo ikke i unger som ikke har sin omsorgssituasjon klarlagt. Og hva er det for noe liksom? Hvorfor kan de ikke gi de krisehjelp, eller følge de opp eller bidra med veiledning eller... Sånn at tida får ofte lov til å gå, de sitter ofte lenge i beredskapshjem fordi det er jo vanskelig å få tak i fosterhjem. (Barnevernleder 3)

En saksbehandler (D4) sier at omsorgssituasjonen er en vanlig avvisning: *Den vanlige grunnen her i barnevernstjenesten, som vi sier ofte, er når at de skriver tilbake at «barnet må være stabilt plassert».* Saksbehandlere forteller også at like typer henvisninger kan bli vurdert ulikt mellom BUP-er, en sier at den opplevde at to like saker endte med at en fikk behandling og en fikk det ikke.

Når man så har fått innvilget hjelp hos BUP, er ikke behandlingstilbudet barna får nødvendigvis tilpasset godt nok til dem. En saksbehandler (A1) opplever at BUP og psykisk helse ikke har god nok kapasitet for å gi nok oppfølging: *Da blir det ofte litt dyttet på oss. Og noen ungdommer har behov for mer enn 45 minutter i uken hos BUP. Og det er ofte det de kan tilby.* Man ender opp med ansvar for barn som har psykiske vansker i barnevernstjenestene og -institusjoner, uten at man har kompetansen for å møte behovene deres. En saksbehandler sier dette:

Det er sjeldent at jeg har hatt en god følelse som saksbehandler, når jeg skal hjelpe de som trenger psykisk helsehjelp. For jeg vet med meg selv at – jeg har ikke kompetanse på det. Jeg skulle gjerne hatt samtaler med ungdommer, om jeg hadde visst hva jeg skulle ha sagt. (Saksbehandler D3)

Av andre utfordringer med BUP, kan det være vanskelig å få kontakt med behandlere og saksbehandlere opplever at de ikke deltar i møter med andre aktører rundt barna.

Saksbehandlere savner mer tilbud for barna innen psykisk helse, og som kan kobles på tidligere. I en barnevernstjeneste har man opplevd kutt i tilbudene hos BUP, blant annet langtidstilbud og ambulante team. Da oppleves det som det er «brannslukking» fra barnevernet, at de må ta hånd om familier der det både er store utfordringer med barnets psykiske helse og at foreldrene ikke klarer å stå i omsorgsrollen, som er særlig krevende på grunn av barnets store oppfølgingsbehov.

7.2.4 Muligheter og løsninger for å få tilgang til nødvendig helsehjelp

Når det gjelder det som saksbehandlere opplever at *gir* tilgang på helsehjelp for barn i barnevernet, er det noen kjennetegn som omtales. At det i utgangspunktet er en motivasjon i barna selv, er noe som fremmer at de møter opp og deltar i behandling hos BUP. Noen av saksbehandlerne opplever at det er lite barrierer, at ungdommer for tiden selv ønsker å bli henvist til BUP. Dette blir knyttet til at det er mer åpenhet rundt psykisk helse nå enn før, man snakker mer om det og ungdommene er flinke på å si hva de trenger hjelp til. Noen forteller også om en positiv utvikling hos BUP, at de er åpnere for å ta imot de utfordringene som barna som er i kontakt med barnevernet har med seg. Det ønskes av flere likevel at BUP kunne vært enda mer tilgjengelig.

Videre blir det gitt eksempler på at det finnes lavterskel tilbud nært der barn og unge er, som gjør helsehjelp mer tilgjengelig. Et eksempel som tas opp er ungdomsteam som en kommune har på skolene, som er et lavterskel- og fleksibelt tilbud. De kan kontaktes i sosiale medier og er tilgjengelige for

ungdommene. Andre lavterskeltilbud som nevnes at har fungert og som man ønsker mer av er f.eks. samtaletilbud til unge mødre og ungdom som er i ettervern. Ellers nevnes det generelt at det er ønskelig med mer lavterskeltilbud for barn og unges psykiske helse i kommunene.

For saksbehandlerne er det viktig å ha en barnevernleder, som kan komme inn i saker der det blir vanskelig i samarbeidet med helse. Saksbehandlere kan bli stående opp mot ledere eller ansatte i spesialisthelsetjenesten, eller andre tjenester, som kan være utfordrende å diskutere saker med.

Det å få på plass en diagnose setter i gang helsetjenester. Dette ble gitt eksempel på av en saksbehandler (B2), der ungdommen ble diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse: *Det var nok den tenker jeg som var utløsende for at man tenkte at «dette er helse». Og at hun er så avhengig av personer rundt seg. Store deler av døgnnet.* Det med at diagnoser setter i gang helsetjenester er tvetydig, fordi det er noe som både bidrar til at et barn får tilgang på tjenester, men det er også en barriere om det er slik at de som *ikke* har blitt diagnostisert, *ikke* får tilgang på tjenester. Som vi er innom også senere i dette kapitlet, finnes det barn og foreldre som ikke vil eller ser nytten av utredning, eller som ikke blir utredet grunn av uavklart omsorgssituasjon eller rusbruk – som derfor ikke vil få en diagnose med det første. De kan likevel ha et *behov* for helsehjelp.

Det neste som bidrar til tilgang på helsehjelp ifølge saksbehandlerne, er gode fastleger som er «på» og henviser. Legen har naturligvis bedre kompetanse på helse og kjenner gjerne barnet. En saksbehandler (C1) forteller at det er nyttig å ha fastlegen med i samarbeidsmøter, for å skape en felles forståelse for barnets behov både for helsehjelp og fra barnevernet. En annen saksbehandler tar opp at det er lurt å tenke over *hvem* som bør skrive henvisninger, for at for eksempel psykisk helse skal bli fulgt opp:

Man ser det med BUP for eksempel, så kan det gjerne være fastlegen som bør henviser. Fordi det også er fastlegen som følger opp dersom man ikke får for eksempel den psykiske helsehjelpen som vi mener den har behov for da.

For å sikre en kontinuitet og at behovene for psykisk helsehjelp blir fulgt opp mener denne informant at det er lurt at fastlegen har ansvaret for å henviser. Helsestasjonen er også en instans som følger opp barna, og saksbehandlere forteller om positive erfaringer når de er tett på og følger opp det enkelte barnet. Det er en utfordring at de gjerne har mindre kontakt med barna når de blir eldre, og at man ikke har en lignende instans som følger opp like tett med helsefaglig kompetanse.

Et ønske fra en saksbehandler er at man kunne hatt hjelpemateriale med informasjon om hva barn har rett på etter helselovgivningen, en plakat eller brosjyre. Et annet forslag er at saksbehandlere tidligere tar tak i helse og finner ut av hvilken helseoppfølging som allerede er på plass og hva som trengs. Blant annet nevnes gode erfaringer med å være tidlig ute å spørre foreldrene om dette. Samtidig kan det være en utfordring å få samtykke til å dele informasjon med helseaktører.

7.3 Intervjuer med helseansvarlige og ledere ved barnevernsinstitusjonene

Det er gjennomført seks intervjuer med helseansvarlige fra fire barnevernsinstitusjoner. I tillegg er tiltaks- og avdelingsledere ved de fire institusjonene intervjuet. Dette blir presentert i kapittel 9, men opplysninger som vil være relevant for å nyanse bildet i dette kapitlet blir inkludert her.

Lederne og de helseansvarlige sier at blant ungdommene på institusjonene er flere svært syke, og noen mener at det er mer psykiske lidelser og vansker blant ungdommene nå enn det var før. Dette sier en institusjonsleder: *Men nå er det rett og slett redsel for at ungene skal dø mens du er på jobb. Det har blitt et helt annet bilde da. Og det sier kanskje litt om den kompleksiteten (BI_1).* Det sies av en institusjonsleder at «de fleste som kommer har behov for den type hjelp» som behandling hos BUP, og en annen leder sier at det alltid er noen som er underveis, eller er ferdig med utredningsopphold. Dette er altså en gruppe barn og ungdom de opplever at har store psykiske vansker og de forteller om mye kontakt med og søknad

om helsehjelp, særlig knyttet til psykisk helse. Videre presenterer vi de barrierene som finnes for å få helsehjelp, på individnivå og tjeneste- og systemnivå.

7.3.1 Barrierer på individnivå – ungdommer som ikke vil eller får til å motta helsehjelp

Vil ikke gå, motsier seg, ønsker ikke snakke med noen, møter ikke til avtaler. Ja, det er nok den største barrieren. Få de i gang og få de til å følge det løpet som – gjerne hvis det er DBT eller andre traumebehandlinger eller annet. Men ungdommen må ha en egenmotivasjon for å gjennomføre det. (Helseansvarlig F1)

Helseansvarlige forteller at det er en utfordring at ungdommer selv ikke ønsker hjelp, særlig når det gjelder psykiske vansker og behandling hos BUP. Det handler for eksempel om at ungdommene selv ikke har innsikt i egen helse og/eller opplever at de ikke har behov for hjelp. Det kan være tidligere erfaringer som gjør at de ikke vil ha hjelp, slik som en helseansvarlig forteller: *Jeg opplever at mange ungdommer ikke ønsker helsehjelp på grunn av dårlige erfaringer tidligere. At de har vært hos en BUP-behandler, eller noen, og ikke fått den hjelpa de ønsker. (Helseansvarlig E2).* I tillegg til dårlige tidligere erfaringer, er det noen som ikke får til å møte opp selv om de ønsker hjelp:

Det jeg har opplevd med tidligere beboere som vi har hatt er jo at de har ønsket samtaler med psykolog, men der dagsformen har gjort at de ikke ønsker det likevel. For de har så svingende dagsform. Men så har du BUP som: «Når du ikke har møtt opp på time tre dager, da skriver vi ut personen». Det er veldig dumt fordi der har jeg opplevd flere ganger at ungdommene ønsker hjelp, men akkurat dagsbehovet gjør at de ikke klarer å møte opp. (Helseansvarlig H2)

Å gå til behandling hos BUP kan være en påkjenning for de som bor på barnevernsinstitusjon, som allerede kan ha deltatt i mange kartlegginger og utfylling av skjemaer tidligere. Som den ene helseansvarlige sier: *Jeg tror noen av de er så drittleie av å måtte fortelle historien sin eller det å svare på spørsmål (Helseansvarlig F2).* Dette gjelder særlig dem som har hatt mange brudd og bytter mellom behandlere og andre hjelpepersoner, som gjelder en del av disse ungdommene.

Motivasjon er det neste som blir tatt frem som en utfordring, det er utfordrende å motivere ungdommene til å si ja til tilbudet og møte opp på timer hos BUP. Siden behandlingen er frivillig, opplever de institusjonsansatte å «komme til kort»:

Vi har jo flere ungdommer som vi skulle ønske at hadde mottatt samtaler hos psykolog og sånn, men der de ikke ønsker. Så det er noen som har en barriere i forhold til å motta psykisk helsehjelp. [...] Eller utredning for den saks skyld, der vi skulle ønske ungdommen hadde sagt ja til utredning. Der vi ser veldig tydelig at her burde vedkommende vært utredet. Der i det ene øyeblikket at ungdommen kan si «ja, jeg ønsker jo å snakke med noen», men når den kommer til legen så vil den ikke henvises til BUP eller henvises til psykolog likevel. Men er ungdommen over 16 år – altså det er jo ikke vits i å gå til psykolog om du ikke er motivert for det. (Helseansvarlig H2)

Denne helseansvarlige forteller videre at miljøterapeutene er de som er der for ungdommene når de trenger å snakke, når ungdommene ikke ønsker hjelp fra profesjonelle. Siden de opplever å ikke ha kompetansen på psykisk helse i institusjonene, har ungdommene behov som de ansatte ikke nødvendigvis kan dekke i institusjonen og som de mener burde blitt ivaretatt i helsetjenestene.

Det kommer frem at det særlig er i møte med rammene til BUP at det oppstår barrierer. Det er nokså «stramme» rammer for behandlingsløpet i BUP, som gjør at ungdommene faller ut av behandlingen – særlig om de er i situasjoner som beskrevet i sitatet tidligere (Helseansvarlig H2). Utredning og behandling hos BUP er for lite tilpasset til ungdommene sin varierende motivasjon og dagsform.

Det som i stor grad blir nevnt som en barriere er at behandlingen hos BUP blir avsluttet om ungdommene ikke møter på noen få timer og blir vurderte som ikke motiverte. En leder sier:

Det har vi hatt en del erfaringer med. At «nei», hvis de ikke er interessert i å ta imot hjelp på første eller andre samtale, så avslutter BUP behandlinga. Og det – det har de blitt flinkere til å forstå, at vi trenger mer tid. (BI_3)

At behandlingen blir avsluttet for tidlig blir trukket frem av flere, det er ikke nok tid til å bli kjent og skape trygghet. Samtidig ser vi i sitatet at det også har skjedd positive endringer der. Som en av de helseansvarlige sier, er det ikke alle man får med til BUP selv om de kanskje burde hatt utredning og behandling: *Enten det å utrede for eksempel en med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, som ikke har tillit til noen voksne mennesker, altså lykke til med det da!*

Situasjonen for disse ungdommene er spesiell på den måten at de har flyttet til et nytt sted, står i en ekstraordinær livs- og bosituasjon, og kan ha psykiske eller somatiske helseutfordringer som gjør at det er vanskelig å blant annet følge et opplegg med fastsatte timer hos BUP. Dagsform og tidligere erfaring med avvisning er medvirkende til at ungdommene fremstår som «ikke motiverte»:

Og for eksempel «ungdom ikke er motivert til behandling», fordi ungdommen ikke møter opp. Det er jo fordi ungdommen ikke går ut av rommet sitt, uansett. Litt sånn da – hvordan kan man tilrettelegge, eller spørre spørsmålet – skal man tilrettelegge? Jeg bare tror at - de ungdommene vi jobber med har møtt så mye avvisning hele veien. Sånn at når de er motivert for noe, så skal det ikke noe mer til enn en liten snubletrå på veien, så mister vi de igjen. Det må liksom være sømfritt, det må gli. (Helseansvarlig F2)

Fra de helseansvarlige pekes det på at det bør gå lengre tid før BUP avslutter behandling og at man må ta med seg at motivasjonen hos ungdommene kan variere, og vil avhenge av om ungdommen får en god relasjon til sin behandler. Noen vil bli mer motiverte etter å ha blitt bedre kjent med den. Det er ulike forståelser av ungdommene mellom BUP og barnevernsinstitusjonene:

Noen ganger så kan det være barrierer i form av at vi snakker to forskjellige språk. Altså vi ser kanskje to forskjellige sider da. Altså sånn at de er mer opptatt av «de må jo samtykke, de må jo ville». Men så er det slik at de ungdommene her, de vet faktisk ikke sitt eget beste eller trenger en utredning og sånne type ting. Der kan vi oppleve noen barrierer.

[...] Men noen ganger så kommer vi på en måte til kort. At så lenge ungdommen ikke vil, så kommer vi ingen vei. Så er det jo sånn at det er jo ikke alltid like behagelig å jobbe med helseutfordringer. Og da kan det være lettere å bare si «nei». (Helseansvarlig E2)

Blir det lang ventetid før behandlingen i BUP starter, kan ungdommene ha mistet motivasjonen for å ta imot hjelpen. Det blir fortalt at det kan gå lang tid fra det er søkt til de får første time, og at noen ungdommer har gått fra å være motiverte til å ikke være motivert i det hele tatt. Som en helseansvarlig (E2) poengterer, gjelder det å se det fra ungdommene sitt perspektiv:

Altså ungdommer lever mye mer her og nå enn oss voksne. Altså tre måneder for oss er ingenting, men tre måneder for en 13 år gammel gutt er lenge. Så man på en måte mister litt den motivasjonen, eller ikke ser poenget.

Utenom barrierer for å få hjelp i BUP, blir tannhelse kort tematisert. En helseansvarlig forteller at det er vanlig med tannlegeskrekk blant ungdommene, og det å møte opp på tannlegekontoret er også en barriere for dem. Det er mange som har oppfølging blant annet for tannregulering. Mange av dem som nærmer seg 18 år får vite at tilbudet endrer seg snart, og ønsker å få oppfølging av tannhelsen før det blir dyrere.

7.3.2 Barrierer på tjenestenivå – forståelser og samarbeid mellom tjenester

En utfordring med helsehjelp handler om at institusjonsansatte ikke nødvendigvis kjenner til helsehistorikken til ungdommen. De har ikke alltid dokumentasjon eller fått vite om tidligere helseutfordringer og helsehjelp som er gitt til ungdommen. En helseansvarlig forteller at de fikk vite om en

viktig helseopplysning ved et sykehusopphold, der ungdommen var innlagt og den selv etter hvert nevnte at den hadde vært hos en hjertespesialist som liten. Dette var ukjent informasjon for de ansatte på institusjonen og kom overraskende da ungdommen var innlagt i forbindelse med en annen operasjon. Det var en bekymring at samtidig som de hadde ansvaret for ungdommen under sykehusoppholdet, manglet de vesentlige helseopplysninger om den.

De helseansvarlige forteller om ulike forståelser mellom profesjonene innen helsetjenestene og barnevernstjenestene som en av barrierene. Som den ene helseansvarlige (F1) sier: *Ja, barrierene er vel egentlig veldig sånn at vi sitter på hver sin tue og med hver sitt lovverk. Og kan rive seg litt i håret av den andre. Og jeg tror det går begge veier.* Det handler om forståelse av hvilke atferd/uttrykk som er diagnoserelatert og hva som handler om livssituasjonen, og særlig hvordan man forstår samtykkekompetanse hos ungdommene og grenser rundt taushetsplikten.

Ledere forteller at de kan ha for lite kjennskap til hvilke tjenester kommunen har mulighet for å sette inn, man kjenner ikke til hvilke muligheter som finnes. Dette gjør at man ikke får koblet på tjenester som kunne møtte noe av barna og ungdommene sine behov for oppfølging av psykisk helse. En institusjonsleder sier at dette burde vært gjort noe med:

Det har jeg også snakket med folk innenfor spesialisthelsetjenesten om, de gjør jo oss obs på at: «Du må ikke glemme at noen av deres ungdommer kanskje vil ha behovet sitt primært der, på det nivået. Ikke spesialisthelsetjenester». Der er jo mange lavterskeltilbud innenfor rus for eksempel. Mange – i og med at vi er en omsorgsinstitusjon så vil gjerne våre ungdommer ha mer behov der enn innenfor spesialisthelsetjenesten for rus. Så der kunne vi absolutt hatt et samarbeid (BI_1)

De helseansvarlige har fortalt at barna og ungdommene kan falle mellom to stoler når de bor i en barnevernsinstitusjon, at det kan være uenighet mellom helsesektoren og barnevernssektoren om hvem som har ansvar for hva. Det forhandles om hvem ansvaret faller inn under:

Når det gjelder barn i barnevernsinstitusjon så kan vi ofte ha inntrykk av at så lenge de er i institusjon, så er helsa ivaretatt. At man ikke trenger den eksterne samarbeidspartneren for å ivareta barnet da, og det er jo en sånn myte eller sannhet som får lov å leve (Helseansvarlig E1)

Som det kommer frem i sitatet ovenfor, forteller de helseansvarlige ved institusjonene at de opplever at de får et større ansvar for å ivareta den psykiske helsen til ungdommene enn de har kompetanse til. Det er uklare grenser for hvem som skal ta ansvaret for ungdommene, og helseansvarlige opplever at institusjonen i mange tilfeller blir sittende igjen med ansvaret fordi de «må» og at det argumenteres at ungdommen ivaretas fordi de er døgnbemannede:

Altså ungdom blir ikke friske av å være innlagt på sengepost, men noen ganger så trengs de rammene og den strukturen for å ivareta liv og helse. Og der har nok – det er der barrieren kommer inn – det hender av vi sitter med et annet syn fordi vi kjenner ungdommen, vi ser uttrykkene, vi hører hva ungdommen sier og signaliserer. Mens helse gjerne er på at «dere har døgnbemanning, dette kan dere ivareta der ungdommen er». Og da havner vi litt i en sånn: men hva er akutt og reelt, og hvem skal ta ansvaret for det? (Helseansvarlig F1)

Videre forteller helseansvarlige og ledere at det er høy terskel for å få tilbud hos BUP, og særlig for utredning der de skal oppholde seg på utredningspost i noen uker. Da må de være «såpass godt fungerende» at de klarer å bo der den tiden: *Så det er mange sånne barrierer i at – de skal være så friske for å få hjelp. Og det kan være krevende når vi sitter der med veldig sårbare ungdommer som trenger utredninger både i forhold til psykiatri og diagnostisering på kognitiv fungering da. Det er nok en barriere det, at den silingen er ganske krevende.* (Helseansvarlig E1). En leder mener det har blitt høyere terskel enn det var før: *Jeg opplever at nåløyet blir smalere og smalere. Det skal mye til for å bli lagt inn i det hele tatt, og spesielt fra institusjon. Og det skal veldig mye til for å bli lagt inn mer enn ett døgn.* (BI 3)

For ungdommene der det er særlig mye utfordringer knyttet til atferd, kan det bli vanskelig å få til utredningsopphold og behandling. En leder sier: *Og vi opplever og at de raskt tar kontakt og vil ha hjelp. Eller i verste fall også skrive dem ut, fordi de oppfører seg uartig nær sagt, eller uhøflig eller rett og slett viser den atferden de er der for da.* (BI 2) Som en helseansvarlige sier: *Men det her er jo den atferden som gjør at vi har henvist, dere må jo se på den atferden for å vite hva vi snakker om! Så det syns jeg har vært til dels krevende.* (Helseansvarlig E1).

En annen barriere knyttet til dette er at ungdommene må være rusfri i en viss tid før de kan få tilbud hos BUP. En helseansvarlig forteller at det er nettopp årsaken til at ungdommen ruser seg de blant annet vurderte at ungdommen har behov for hjelp til å forstå og få behandling for:

Så sier de at: nei, de kan ikke ta den ungdommen inn til utredning fordi at den ungdommen må være rusfri i tre måneder. Og så tenkte vi at kanskje ikke rusen var det største problemet, men å heller få bearbeidet traumer. Og så stoppet det egentlig opp der. (Helseansvarlig G1)

Når det er rus inn i bildet, har ikke ungdommene tilgang til utredning hos BUP og det å bli rusfri blir en stor terskel for at de skal få tilgang på nødvendig helsehjelp. Som vi har vært inne på, er diagnose en døråpner for å få helsehjelp eller tilgang på tjenester, så det kan bli problematisk om ungdommer med rusutfordringer går lenge uten å kunne utredes. Det er også problemer for disse ungdommene hos legevakta, der helseansvarlig (G1) har opplevd at en ruset ungdom ikke frivillig ville bli med:

Så har jeg også vært i kontakt med legevakt når vi har hatt ungdom som har vært ruset. Hvor de da har – det er jo avhengig av hvem du snakker med også da, i de ulike systemene - hvor jeg da fikk beskjed at: nei, jeg måtte få ungdommen ned dit frivillig. Noe jeg ikke fikk til, men da var vi heller ikke så bekymret for at det stod om hennes liv.

Legevakt er altså også en aktør som man er mye i kontakt med og det er utfordringer rundt at ungdommen må komme frivillig, og det er personavhengig hvilken hjelp man får der. Legevakten blir brukt mye, særlig etter kontortid, som en leder forteller:

Og dette med fastlegeordningen er jo et - ja det er jo et knapphetsgode etter hvert. Så vi holder mest på fastlege som vanlig. Så skjer det at det er helsemessige behov som ligger utenfor ordinær åpningstid. Og da er det stort sett legevakt vi forholder oss til. (BI 1)

Fastlegemangel blir altså tatt opp i noen av intervjuene som en utfordring, at de ikke finner en lege til ungdommene når de flytter til institusjonen. Da må en bruke medisinsk senter/private aktører, legevakt eller bedriftshelsetjeneste til man får på plass fastlege. En helseansvarlig forteller at de får innkalling eller bestiller tid hos fastlege etter ønske fra ungdommen, det er mye helseoppfølging. Noen ungdommer eller foreldre ønsker ikke å bytte fastlege når de flytter til institusjonen, og dette har både positive og negative sider etter det informantene forteller. Det positive er de beholder en fastlege som kjenner ungdommen godt, og det negative er at den kan være ganske langt vekke - et legebesøk kan bety en hel dagstur og mistet skoledag.

7.3.3 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og ungdom i forløp ved institusjonsplassering?

Det er mange utfordringer som kommer frem om tilgang til helsehjelp. Samtidig forteller de helseansvarlige om faktorer de opplever at bidrar til at ungdommene mottar helsehjelp. Noen har forslag til hva som kan gjøres for å bedre tilgang til helsehjelp. Inntaksmøter og overgangsrapporter trekkes frem som viktige for å sikre overføring av informasjon om helse og oppfølging av barnet.

De ansatte sin egeninnsats og engasjement blir trukket frem som viktig for at ungdommene får tilgang på helsehjelp. De har mye oppfølging med leger og andre helseaktører. En helseansvarlig (E2) sier det slik:

Jeg tenker jo at vi gjør jo mye med at vi kanskje tar telefoner, vi kjemper noen kamper, vi legger til rette for både med fysisk og psykisk helse. Altså vi prøver å kjempe ungdommens sak uten at de må

gjøre det selv da. Om det er å få sovemedisin eller å få hjelp hos en fysioterapeut. Eller hva som helst. Så prøver jo vi i hvert fall å gjøre det så enkelt som mulig for ungdommen å kunne få hjelp til sin fysiske og psykiske helse da. Om det er å følge dem på BUP og holde de i hånden eller altså legge til rette for at det er rette personen som er med inn, hvis det er det som skal til. Sånne typer ting. Motivere i forkant, viktigheten av å ha en god fysisk og psykisk helse.

Det er viktig at de ansatte på institusjonen motiverer og forklarer ungdommene hva helsehjelpen handler om, og hva de kan hjelpe med. Dette gjelder både for behandling hos BUP, timer hos fastlege og hos tannlege. Det kan også være viktig å ha faste samtaler, der man kommer innom helsen til barnet.

Noen bruker mer standardiserte verktøy for å få til oppfølging av helse. Blant annet har en institusjon brukt ASEBA jevnlig, og fått tilbakemelding fra ny-innbyttet behandler til en ungdom at det har vært positivt for å få til en bedre overgang. Standardisert forløp i barnevernsinstitusjon skal sikre rutiner og forløp, og der ansatte for påminnelser om, og aktivt må «lukke» oppgaver. Dette gjelder også oppgaver som handler om helse.

Flere trekker frem at det burde være mer alternative måter å gi ungdommene behandling på i BUP eller andre psykisk helse-tilbud, slik som å gå en tur eller kjøre en tur. Det handler blant annet om å skape gode rom for ungdommene, som er mindre «kunstig» enn å møtes på et kontor. En helseansvarlig (E1) sier: *Så det er kanskje det jeg skulle ønske meg aller-aller mest, at man har et mye mer ambulereende nettverk rundt de barna her.*

Noen har gode erfaringer med Fact-Ung som gir tilbud for de med mer sammensatte behov, som møter ungdommene utenfor kontoret, en helseansvarlig (G1) sier:

Sånn som at vi har en ungdom som har tilbud hos Fact-ung, som vi opplever som veldig bra. Men det er for ungdom som har mer sammensatte problemer. Det er ikke bare én ting. De møter ungdommene ute der de vil, møter dem på kafé. De får jo også veiledning fra dem.

På et overordnet nivå etterlyses det også tilbud fra BUP som er mer tilpasset ungdommene på barnevernsinstitusjoner – som tar i betraktning at de kan ha opplevd traumer og har mistillit til voksenpersoner, som er tålmodige med dem. En helseansvarlig (E2) sier:

Ofte når det er kommet dit hen at man bor på institusjon så har man jo gjerne hatt noen problemer over tid og kanskje i litt mer alvorlig skala enn andre. Og om det kunne vært liksom litt mer utholdende hjelp – altså hvis du ikke er så motivert da, at det ikke bare blir avslutta. Eller hvis du trenger litt tid på å åpne deg, fordi du har masse erfaringer med at voksne ikke vil deg godt eller at relasjoner ikke er til å stole på. Man får jo ikke hjelpa man vil ha likevel. Om det liksom kunne vært noen som kunne vært mer spesialisert på at mange i barnevernet ofte trenger enda mere enn bare det de faktisk trenger hjelp til og får utredning eller behandling for da. Det er så komplekst da.

En helseansvarlig forteller at det kan være nyttig at man har med seg en person, f.eks. ansatt, som ungdommen har tillit til: *Så jeg tenker at jo tidligere man kommer inn, sånn som f.eks. helsesykepleier, det handler det jo litt om relasjoner også. Og at kanskje den kan bli med over i en overgang eventuelt til BUP. At ungdommen har en person de er trygge på da. For det tar jo tid å bygge opp en relasjon til en behandler på BUP også. Før ungdommen klarer å nyttiggjøre seg tilbudet og kanskje åpne seg og snakke om de vanskelige tingene da.* (Helseansvarlig G1). Den samme mener det kunne vært lurt at BUP kommer mer til ungdommene, eventuelt bare holder et informasjonsmøte til dem.

På systemnivå trekkes det frem at det er viktig med gode samarbeidsrutiner og -arenaer: *Men jeg opplever at det å ha et samarbeid, at vi møtes på systemnivå, til faste tidspunkter, er med å gjøre at vi lettere kan ha litt forståelse for hverandre. At de får innsikt i vår hverdag og våre utfordringer og visa versa.* (Helseansvarlig E2). Det fortelles om en «gladsak» fra en helseansvarlig, der samarbeid med spesialisthelsetjenesten har bidratt til positive resultater:

Altså man – jeg har jo en skikkelig gladsak med en ungdom hos oss, der samarbeid med psykiatrien har vært helt fantastisk. Man har stilt opp og klart å ivareta en ungdom som potensielt kunne vært en veldig samfunnsrisiko. Og jeg ser verdien av et sånn type samarbeid da. Og når man får det til å lykkes, hvor mye sånn ... Fordelt over tid da – hvor mange penger man sparer AS Norge for ved å kunne samarbeide. Ved å ikke tenke forankring, lovhjemmel, hvem skal eie det her. Men tenke hva er det barnet trenger? Jo, barnet trenger at spesialisthelsetjenester følger opp med timer til ungdommen, veiledning til personalet, barnevernstjenesten skal være med på det. Så det å få til – det er så mange barrierer og forståelsesrammer som må brytes for å få til et sånn type samarbeid. (Helseansvarlig E1)

7.4 Oppsummering – intervjuer med saksbehandlere i barnevernstjenestene og helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene

7.4.1 Saksbehandlere i barnevernstjenestene

Saksbehandlere opplever barrierer for psykisk helsehjelp på individnivå, som særlig handler om barn og unges egen motivasjon til å motta hjelp. Barrierene handler blant annet om at barn og ungdommer ikke nødvendigvis har god innsikt i egen helse og behov, i tillegg til at det er en utfordring for flere å møte på et kontor hos BUP. BUP sine tilbud oppleves som for lite fleksible og tilgjengelige.

Foreldre kan også være en barriere, på grunn av manglende oppfølging eller forståelse av behovet for behandling, og om de har en økonomi som gjør at de ikke kan bo sentralt eller eie bil/ha råd til bussbillett for å komme seg til BUP. Søknader som skal sendes inn digitalt er også en utfordring, særlig for foreldre med liten digital kompetanse og som har lese- og skrivevansker.

Det er for lite tilbud innen rus og psykisk helse for barn og ungdom i kommunen. BUP avviser ofte henvisninger der barn og ungdom ikke har en "avklart" eller "stabil" bosituasjon, men det virker som det er få alternativer for oppfølging frem til situasjonen er mer avklart. Saksbehandlerne opplever ikke å ha kompetansen som trengs for å følge opp barna sin psykiske helse.

Videre opplever saksbehandlere ansvarsskyving mellom dem og helse. Diagnoser virker å være utløsende for at et barn blir vurdert som relevant for helse- og omsorgstjenestene. De opplever ha ulike språk, at helse og barnevern operer etter ulike logikker - som gjør det vanskelig å samarbeide.

7.4.2 Helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene

I barnevernsinstitusjonene jobber de ansatte med mange ungdommer som har store psykiske utfordringer, og som de opplever å ikke ha kompetanse til å tilrettelegge for og ha omsorgen for. De forteller at det er høy terskel for å få hjelp, og at tilbudene de har er lite tilpasset barn og ungdom som bor på barnevernsinstitusjoner. De etterlyser at psykologene og helsehjelpen imøtekommer ungdommene *der de er*, både med tanke på dagsformen deres og hvor man møter dem. I tillegg er det utfordringer for ungdommene med rusproblemer, fordi de må være rusfri en periode for å være inne hos BUP og det er lite hjelp til barn med rusutfordringer i kommunene. Også ungdommene som har «utagerende» atferd kan risikere å ikke få oppfølging hos BUP.

For barna og ungdommene som bor på institusjoner er egenmotivasjon og dagsform noe som påvirker deres evne og mulighet til å ta imot behandling. Noen har heller ikke innsikt i egen helsesituasjon, og takker nei fordi de ikke opplever at de har noen vansker de vil ha hjelp med. Det er viktig at ansatte jobber med motivasjon, bidrar til å tilrettelegge for å møte hos BUP og å informere ungdommene om tilbudet. For de som allerede har startet i behandlingsløp og som flytter til en ny lokal-BUP, vil det være viktig med en god og rask overføring til ny behandler for at ikke ungdommen skal miste motivasjonen.

Ansatte i institusjonene forteller også at det er lite kompetanse på psykisk helse og det er lite samarbeid og kjennskap til andre helse- og omsorgstjenester utenom spesialisthelsetjenesten. De forteller om barrierer mellom helse og barnevern som handler om lovverk og hvem som skal ta ansvar, som blant annet handler om hvordan man skal forstå barnet; har barnet behov for hjelp på grunn av omsorgssvikt eller på grunn av barnets diagnose?

Fastlegemangel er et tema som kommer opp, det er vanskelig å få på plass en fastlege når barn kommer flyttende langveis fra til en institusjon. Resultatet er å bruke legevakt eller andre private aktører, sistnevnte særlig ved legerklæringer til skole o.l. Det er også utfordringer knyttet til lang reisevei når man beholder fastlegen som de har hatt fra før, men det kan være positivt å bevare en lege som kjenner godt til barnet.

Hovedpoeng i kapitlet:

- Det er vanskelige samarbeid i enkeltsaker mellom barnevernstjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Tjenestene har ulike forståelser av hverandres ansvar og hvordan man skal forstå barnet og familien sine utfordringer.
- Saksbehandlere og helseansvarlige ved barnevernsinstitusjonene erfarer at det er stor grad av psykiske vansker og lidelser blant barn og ungdom som de jobber med.
- Det er særlig psykisk helsehjelp som saksbehandlere og helseansvarlige forteller om utfordringer med. Oppsummert er dette barrierene for psykisk helsehjelp:
 - Barn og ungdom som ikke vil eller ikke klarer å ta imot helsehjelp som de får tilbudt. For eksempel på grunn av lite selvinnsikt i egen helse, og dagsform eller psykiske vansker som gjør det utfordrende å møte opp på et kontor.
 - Avviste henvisninger fra BUP på bakgrunn av at barn er i en «uavklart omsorgssituasjon» eller har rusutfordringer.
 - Foreldre som ikke følger opp barn til behandling, blant annet på grunn av økonomi (de bor usentralt eller har ikke bil) eller fordi de ikke tenker at barnet har behov for helsehjelp.
 - Høy terskel for å få behandling og innleggelse hos BUP, også i situasjoner der det er klart behov for psykisk helsehjelp. Barna og ungdommene har psykiske vansker/lidelser som saksbehandlere og ansatte på institusjon ikke har kompetanse på.
 - Ved barnevernsinstitusjonene forteller de om at ungdommer som bor der har alvorlige psykiske lidelser, og at man opplever en ekstra høy terskel for å få tilgang på psykisk helsehjelp til disse ungdommene.
 - Behandlingstilbud hos BUP er ikke tilpasset godt nok til barna og ungdommene som er i kontakt med barnevernet. Informantene ønsker særlig at det burde vært mer fleksibelt og at det treffer barn og ungdom der de er – både geografisk og psykisk.
 - Det er lite psykisk helse og rus-tilbud for barn og ungdom i kommunene.
- Informantene opplever mindre barrierer opp mot annen type (somatisk) helsehjelp, i hovedsak dreier barrierene seg om tilgang på fastlege.
 - Fastlegemangelen er en utfordring for barn og ungdom som flytter til en barnevernsinstitusjon, noen blir stående uten fastlege eller er en dagstur unna fastlegen sin.

8 Barrierer for helsehjelp – perspektiver fra fagpersoner utenfor barnevernet

Fagpersoner som jobber utenfor barnevernet, men med erfaring med helsehjelp relatert til barn i barnevern, har viktige perspektiver rundt hvilke barrierer de ser. Gjennom intervjuene belyser fagpersonene hvilke utfordringer de ser, som ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Informantene ble valgt ut fra hvilke tjenester barn i barnevern er i kontakt med. Gjennomgangen av mapper og intervjuene i barnevernet ga også en pekepinn på hvilke tjenester som var særlig interessante å høre fra, både med tanke på hvem som ofte ble nevnt og hvem som ble nevnt lite. Intervjuene er ikke knyttet til enkeltmappene i kapittel 6.

8.1 Metode

8.1.1 Rekruttering og utvalg

Fagpersonene utenfor barnevernet er rekruttert gjennom anbefalinger fra ansatte i barnevernstjenestene, ansatte i barnevernsinstitusjonene, gjennom forskernes egne faglige nettverk, og ved direkte kontakt til ulike tjenester vi har ønsket å hente inn erfaringer fra. Vi har til sammen intervjuet 10 fagpersoner. Fra kommunal sektor er det to kommunepsykologer, en helsesykepleier, og tre personer som jobber i ressursteam/koordinerende enhet rettet mot barn og unge. Fra spesialisthelsetjenesten er det fire informanter fra BUP, en fra FACT-ung, og en i ambulansetjenesten.

8.1.2 Gjennomføring av intervjuene

Vi har gjennomført intervjuer med fagpersoner utenfor barnevernet med formål å innhente deres erfaringer knyttet til barrierer for helsehjelp til barn i barnevern, og også hvilke faktorer fagpersonene har erfart at har bidratt til helsehjelp. Intervjuene er gjennomført digitalt og tatt opp med lydopptaker.

8.1.3 Analyse

Vi har benyttet “framework method”, eller rammeverk-metodikk, for analyse av intervjuene (Gale et al., 2013; Thoresen et al., 2022). Metoden innebærer utvikling av et skjema med forhåndsbestemte tematikker som er relevant for å svare på spørsmålene til studien, og basert på det som har kommet opp i intervjuene. De to mest brukte tematiske kategoriene er «barrierer for helsehjelp» og «tilgang på helsehjelp», med underkategoriene individ-, tjeneste- og systemnivå. Gjennom å lytte gjennom lydopptakene har funn og sitater blitt skrevet ut under kategoriene, på den måten har transkriberingen og analyseringen blitt gjort samtidig. Det meste av innholdet i intervjuene er transkribert gjennom denne metoden og tematikk som ikke passer inn i kategoriene har blitt satt under «annet». Det som er vurdert å ikke være relevant for studien, det som blir repetert flere ganger og intervjuerens spørsmål (der det ikke gir nødvendig kontekst for sitatet) har ikke blitt transkribert.

8.2 Hvilke barrierer oppstår i helsehjelp til barn og unge i barnevernet?

8.2.1 Foreldre kan skape barrierer

Fagpersoner forteller om barrierer knyttet til særlig foreldre/foresatte som er i kontakt med barnevernet, når barn skal få helsehjelp. En BUP-ansatt som har erfaring med barnevernstjeneste, forteller at den opplever at det er familier som «mangler» hos dem, familier som gjerne *burde* ha vært inne hos dem. Denne behandleren og de andre som jobber i spesialisthelsetjenestene trekker fram noen barrierer for at foreldrene følger opp deres helsetjenester:

- Sosioøkonomisk status og «organiseringsevner». Foreldre kan bo usentralt på grunn av økonomi, og dermed får de lengre reisevei til sentraliserte spesialisthelsetjenester. Noen har ikke bil eller råd til bussbillett. Det krever også visse organiseringsevner fra foreldre å følge opp barn til behandling.
- Sosiale/kulturelle normer og oppfatninger. Foreldre kan tenke at det ikke er nødvendig med utredning eller behandling for psykisk helse, og følger det dermed ikke opp. Eksempelvis trekkes det frem foreldre med minoritetsbakgrunn som kommer fra kulturer med andre forståelser for psykisk helse, eller har lite kunnskap om psykiske lidelser. Språk er også en barriere for foreldre med innvandringsbakgrunn, både å få tak i og forstå informasjon som blir gitt og kommunikasjon underveis i behandling.
- Risiko for foreldre. Noen er redde for at deres omsorgsevne blir vurdert, og at det kan føre til at de mister omsorgen for barnet.

Utfordringene handler også om relasjoner og at man må ha tid for å jobbe med tillit og god kjemi med både foreldre og barn. I og med at det er frivillig å ta imot tilbud fra BUP, krever det at foreldre kan bistå barnet med å komme seg dit og å motivere for å følge opp behandling. Det er ikke alltid foreldrene har ressurser til å følge opp barnet sitt tilbud om behandling. Som det allerede er nevnt, er barn og ungdom sin egen motivasjon både en ressurs og barriere for å motta helsehjelp.

8.2.2 Å få til samarbeid og klargjøre ansvar – i praksis og i lovverk

Mange forteller om kommunikasjonsvansker og lite informasjon om hverandres kompetanse og tjenestetilbud, dette er noe flere poengterer at man bør jobbe med å forbedre. En helsesykepleier som jobber ute i skole, forteller at mer informasjon og kommunikasjon mellom barnevern og den selv kunne bidratt til et bedre tilbud for ungdommene den møter:

Det å få nok opplysninger fra barnevernet til å vite hvor tett på jeg skal være på barnet eller hvor mye skal jeg slippe opp. Hvor mye tar de over. Hvor alvorlig er situasjonen, i forhold til hvor mye jeg skal følge opp. [...] Vi har jo streng taushetsplikt, begge partene, så det å få litt mer kunnskap sånn at man klarer å yte den helsehjelpen da. Som du skal gjøre i jobben din. Det har jeg savnet mange ganger.

Noen informanter, slik som helsesykepleieren, fortalte at lovverk rundt taushetsplikt og hva man kan dele kan være en utfordring for samarbeidet.

Fra en koordinerende enhet fortelles det om at det man opplever det som frustrerende i tjenestene at man ikke snakker sammen, og videre: *At man skyver og dytter og sender det videre, i stedet for å avklare og jobbe sammen.* Ansvarsskyvingen blir eksemplifisert med at barnevernstjenesten gjerne kontakter helse- og omsorgstjenestene når et barn for eksempel har fått en diagnose, og at utfordringene man har sett i familien da blir tolket som et symptom på diagnosen til barnet og ikke i forbindelse med omsorgssituasjonen. På den andre siden kan ansatte i helse- og omsorgstjenestene tenke at utfordringene også handler om foreldrenes omsorg, at foreldre med ordinært gode omsorgsevner hadde håndtert utfordringene som kommer med diagnosebildet. Ansvarsskyvingen handler også om hvilke budsjett oppfølgingen av barnet skal tas fra:

Og så rapporteres det mye på økonomi i kommunen, i siloer. Man blir ikke spurt hvor godt man jobber tverrfaglig, hvor mange saker man får til. Man blir spurt hvor lite penger man har brukt, og da blir man applaudert.

Lovverk og mandat blir trukket frem som barrierer i noen av intervjuene og det er nettopp *hvem* som skal ha ansvar for *hva*, som oppleves som en utfordring. En fra koordinerende enhet sier at: *Fordi det er noen utfordringer med lovverk og sånn – noen hull i systemet. Og da viser det seg at om man setter seg sammen, så blir man jo enige.* Det er altså noen «hull» og grenseoppganger som må snakkes om mellom tjenestene, der man blir enige i enkeltsakene om hva som blir et godt tilbud for det enkelte barnet eller ungdommen.

På den måten kan man tenke seg at ansvarsskyvingen også kan være bra, om det bidrar til aktiv diskusjon og tilpassing av tilbudet til det enkelte barnets behov.

Kunnskap om helse: å kunne avdekke behov og koble på helsetjenester

Det fortelles om noen utfordringer knyttet til tilgang på tjenester. Det er saker der helsetjenester har kommet inn sent, der barn eller ungdom kunne hatt tjenester inne tidligere. To informanter har erfaring med at kommunale helse- og omsorgstjenester blir kontaktet av barnevernet først ved overgang til voksenlivet, i tilfeller der ungdommen trenger oppfølging etter fylte 18 år.

For å få helsehjelp må det avdekkes at det er et behov for helsehjelp. Dette kan særlig glippe for barna med skolevegring, som ikke er i de arenaene der andre voksenpersoner kan oppdage vansker. Saksbehandler sin kompetanse på helse blir også trukket frem, at det er viktig at den har grunnleggende kompetanse om helsetilstander og vet hvordan man følger det opp. En veileder innen psykisk helse-tjenester forteller at den har erfart at saksbehandlere ikke har nødvendig kompetanse når det gjelder helse. I et eksempel der veilederen spurte om det kanskje kan være enkopreseproblematikk, ble saksbehandler «overrasket», det var ikke noe den hadde tenkt på. Mangel på generell kunnskap om helse pekes ut som en sårbarhet i oppfølgingen av barn og familier:

Men jeg syns gjennomgående at kunnskapen om barns utvikling, kunnskap om helse – altså det kan være helse – det som er naturlig og normalen. Helseutfordringer som barn og foreldre kan ha, og den påvirkningen det kan ha. Og dette med sånn som enkoprese, enurese, det kan være somatiske tilstander og det kan være psykosomatikk. Syns den kunnskapen har vært lav og syns ikke det har vært åpning for at man i større grad kan bringe det inn. Det er det barnevernfaglige som jeg syns blir det dominerende. Og det blir så mye støy i noen familier at det er vanskelig gjerne å ta dette inn i tillegg. Og at mye blir – omsorgssvikten eller samspillet blir lagt størst vekt på. Mens mange ganger kan det være sterke symptomer hos barnet selv, enten det er smerteuttrykk som også kan handle om andre ting.

8.2.3 Lite tilbud for de som har alvorlige psykiske vansker

Det er flere som er inne på at det mangler en del oppfølging for ungdommene med mer alvorlige psykiske vansker og lidelser, dette gjelder både for kommuner og spesialisthelsetjenester. Og det gjelder særlig langvarige tjenester, som oppfølging i bolig og av den psykiske helsen. Fra koordinerende enhet beskrives det som også et hull i tjenestene, særlig mellom BUP og tilbudene man har for ungdommene med psykiske vansker:

Helse beskriver en situasjon der stadig sykere unger blir avvist – eller at «vi klarer ikke å hjelpe de, de er for syke, vi klarer ikke behandle de, så disse må dere ta». Og så er det ikke bygget opp tilsvarende – det er et hull i tilbudet. Men det er klart at da blir de en kasteball internt i kommunen. For helse tenker at barnevernet må inn, og så har de ikke egentlig rett tiltak, fordi det er egentlig alvorlig psykisk uhelse.

En behandler i BUP beskriver utfordringene litt som samhandlingsreformen, og spør: *Det er jo en ting med hvem skal gjøre hva, og hvor lenge?* Og opplever at kommunene ikke har apparatet til å ta imot ungdommene etter opphold/behandling i BUP.

Det blir også trukket frem at tilbudene innen særlig BUP ikke er tilpasset nok til barna som er i barnevernet. For en del av disse barna, som kan ha en mistillit til voksne, trenger man tid og mulighet for å bli kjent. De passer kanskje ikke inn i et forløp der behandling skal skje i et kontor. Et ambulanspersonell som har erfaring med noen ungdommer med alvorlige psykiske vansker for en stund tilbake, fortalte:

Det fins jo psykiatriske team, sånne ambulante team som, men de er jo 8-22 eller noe, de er ikke på nattestid. Og så er de ikke spesialister på barn, men voksenpsykiatri. Og voksenpsykiatri og barn,

det er jo veldig forskjellig [...]. Men i de tilfellene – nå er det her flere år tilbake, så det kan være bedre i dag, det vet jeg ikke, men det hadde vært fint å få hjelp med en gang da.

8.2.4 Tilgang på hjelp hos BUP

Ambulansepersonellet fortalte om en svært alvorlig hendelse tilbake i tid, der en ungdom hadde tatt en overdose og ambulanspersonellet kom til stedet og fikk hjulpet ungdommen. Ansatte på barnevernsinstitusjonen som ungdommen bodde på hadde et sterkt ønske om at ungdommen skulle bli innlagt, og dette hadde de og ambulanspersonellet uttrykt på telefon til psykiater som skulle vurdere innleggelse. Ungdommen selv nektet innleggelse, og ble ikke innlagt på tvang. Saken fikk fatale følger. Informanten reflekterte over at selvbestemmelsen ble holdt høyt i denne saken, at så lenge ungdommen ikke ville legges inn og sa at den ikke ville ta livet sitt, var det ikke grunnlag for tvangsinnleggelse. Det opplevdes problematisk at psykiateren som vurderte situasjonen hadde en så annerledes oppfatning enn både de ansatte i ambulansetjenesten og institusjonsansatte, som opplevde at det var en stor selvmordsrisiko.

I intervjuene med ansatte i barnevernstjenester og -institusjon kommer det frem at «uavklart omsorgssituasjon» ofte blir brukt som avvisningsgrunnlag og at det for mange er uforståelig at barn med behov for hjelp til psykiske vansker/lidelser ikke får hjelp på grunn av det. Samtidig poengterer en behandler i BUP at det også er andre vurderinger som veier tungt, som at man ikke ønsker at barna skal feildiagnostiseres eller feilmedisineres:

Men vi ønsker avklaring i forhold til å gi – hvis du skal i gang med for eksempel traumeterapi, så er det vanskelig å gi det når du står midt i et traume. Så skal man vente til ting er plassert.

Ansatte i spesialisthelsetjenesten vi har intervjuet forteller at de er relativt åpne i inntaksvurderingene, og barrierene de opplever handler mest om at foreldre eller barna selv ikke møter eller vil ha hjelp.

8.3 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og unge i barnevernet?

8.3.1 Kjenne til hverandres tilbud, stabilitet, og “Hva kan vi bidra med?”

Mange trekker frem at det å kjenne til hverandres tjenestetilbud og å vite hvor man skal henvende seg, er viktig, samt å ha samarbeidsmøter. Dette ser vi igjen fra de andre intervjuene i barnevernet. Mange setter samarbeid i sammenheng med å gi et bedre tilbud til barna, at de skal bli ivaretatt med det de har behov for i stedet for å bli en kasteball mellom særlig barnevernstjenester og helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Noen trekker frem at man bør være opptatt av hva man *kan* bidra med fra de ulike tjenestene, mer enn akkurat hva man *må* bidra med. I stedet for å tenke hva som er best for barnet, også mer langsiktig, forteller en del om et fokus på hvem som skal ha ansvar for tiltaket her og nå. En god erfaring en ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste fortalte om, handlet om en familie som hadde MST som hjelpetiltak og der de jobbet godt sammen for å sikre en god oppfølging av barnet etter hjelpetiltaket skulle avsluttes.

Stabilitet i hjelpeapparatet er også et viktig poeng – det kan være mange tjenester og enkeltpersoner inne i barna sine liv. Det handler både om å tenke barnets beste, men også om å klare å få til gode samarbeid. Om de ansatte som jobber rundt hvert enkelt barn og familie kjenner hverandre over tid kan det også bidra til en bedre kjennskap til hverandres praksis og rolle. En veileder i kommunen sier:

Og da tror jeg at både familiene og alle samarbeidsetatene, at da opplever vi litt at man drar lasset sammen. I stedet for at det blir sånn, hva skal jeg si, enten maktkamper eller å skyve ansvar hit og dit. Noe som i hvert fall ikke bidrar til særlig god helsehjelp for noen.

Det blir blant annet foreslått å ha en tillitsperson som man kan snakke med, som ikke har noe med saksgangen i barnevernet å gjøre, som kan skape stabilitet og ivareta barneperspektivet. Noen andre påpeker at det burde vært åpnere for at de samme *folka* kunne jobbe i lignende tiltak (som avlastning, som støttekontakt) i både barnevern og helse og omsorg.

8.3.2 Ønske om mer fleksibilitet og andre psykisk helse-tilbud

Det å tilby mer fleksible – mer tilpassede – tjenester, handler også om å gi likeverdige tilbud til samfunnsgrupper som i ulik grad benytter seg av helsehjelp. En behandler i BUP forteller:

For å nettopp kunne bidra med samme behandling til dem, som til andre samfunnsgrupper som klarer å komme seg hit for eksempel. Som har foreldre med bil som kan kjøre dem hit. Som har foreldre som kan motivere dem til å ta imot hjelp, som kan – som på en måte forstår viktigheten av kanskje å ta tak i ting på et tidlig tidspunkt før ting har blitt altfor galt og vanskelig.

Også i dette utvalget, av fagpersoner, blir lavterskel tilbud for særlig psykisk helse trukket frem som en vei å satse på fremover. Det er mulig at barn og ungdom vil være mer motiverte selv til å ta imot hjelp, når hjelpen ikke er på kontoret hos BUP. Kommunale tjenester kan også være geografisk nærmere familiene, enn et sentralt BUP-kontor, som skaper mindre barrierer med tanke på å komme seg til tilbudet.

8.4 Oppsummering – perspektiver fra fagpersoner utenfor barnevernet

Noen av utfordringene som ansatte i barnevernstjenestene og –institusjonene forteller om, gjenspeiler seg i intervjuer med fagpersonene. Vi kan blant annet trekke fram: for lite kompetanse på (psykisk) helse i barnevernet, få og lite tilpassede tjenester til barna med psykiske vansker og lidelser, barrierer hos foreldrene med tanke på økonomi, geografiske avstander og evne til å følge opp psykisk helsehjelp, barna sin manglende egenmotivasjon. Det som utfordrer perspektivet til barnevernstjenesten, er at uavklart omsorgssituasjon *kan* ha en påvirkning i utredningsprosess eller behandling hos BUP. Det kan gjøre det forståelig at man avviser henvisningene, om det for eksempel er en fare for feildiagnostisering.

Fagpersonene forteller også om utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og helse. Det at man er mer opptatt av hvor grensen går heller enn hva man har å tilby i sin tjeneste, kan skape dårlige samarbeid og tjenester for det enkelte barnet. Det er en ansvarsskyving som handler om forståelser og profesjon, og om hvilke budsjett man skal ta av. Det er viktig å vite om hverandres tjenester og hvilke muligheter som finnes på tvers av sektorene helse og barnevern. Forståelse og lovverk rundt tvangsbruk er også en vanskelig sak mellom helse og barnevern.

Hovedpoeng i kapittelet:

- Fagpersoner forteller om at det er for lite kompetanse på helse, både psykisk og somatisk, i barnevernet. Det vil si at det er fare for at helseproblemer blir oppdaget senere enn nødvendig og at eventuelle helsetjenester også blir koblet på sent.
- Foreldre kan skape barrierer. Som i forrige kapittel forteller informantene også her at manglende oppfølging av helsehjelp (særlig behandling i BUP) kan handle om sosioøkonomisk status, oppfatninger og normer rundt psykisk helse, og redsel for at tjenester skal melde bekymring.
- Det er for få og for lite tilpassede tjenester til barn og ungdom med psykiske vansker og lidelser, det er et “gap” av tjenester for barn innen psykisk helse og rus mellom BUP og kommunale helse og –omsorgstjenester. Det mangler langvarige tjenestetilbud og tilbud innen rus og psykisk helse, særlig for ungdommene som har store vansker og alvorlige psykiske lidelser.
- Det kan være konstruktivt å i større grad ha fokus på hvilke muligheter som finnes i tjenestene for barn som har behov for oppfølging, heller enn å fokusere på hva grensene er og hva “er vårt

mandat”. Å sette barnets beste først, blant annet gjennom å skape gode samarbeid og stabile tjenester rundt enkeltbarnet, trekkes frem som viktig.

9 Ledesperspektivet på barrierer og muligheter for helsehjelp til barn og unge i barnevernet

I denne delen av studien har vi intervjuet ledere ved kommunale barnevernstjenester, og institusjonsledere og avdelingsledere ved barnevernsinstitusjoner. Vi har funnet det hensiktsmessig å intervjuer lederne ved barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene om barrierer for helsehjelp til barn i barnevern, og faktorer som bidrar til helsehjelp for de samme barna. Dette fordi lederne representerer et annet perspektiv enn saksbehandlere og helseansvarlige som jobber tett på barna og ungdommene i det daglige. Intervjuene med ledelsesnivået har gitt oss innsikt i barrierer og muligheter på et systemnivå, der samarbeid, samhandling og samarbeidsavtaler utgjør en vesentlig del av tilretteleggingen av helsehjelp for barn og unge i barnevernet. Vi har intervjuet 4 barnevernledere i kommunal barneverntjeneste, og 5 ledere innenfor barnevernsinstitusjonene.

9.1 Metode

9.1.1 Rekruttering og utvalg

Ni ledere for barnevernstjenester eller -institusjoner er intervjuet om hvilke barrierer og muligheter for helsehjelp de opplever for barna og ungdommene. Fire av intervjuene er med ledere for kommunale barnevernstjenester. To av tjenestene er interkommunale. De fire tjenestene er fra ulike steder i landet. Videre har vi intervjuet to institusjonsledere og tre avdelingsledere ved barnevernsinstitusjoner. Disse kommer fra til sammen fire institusjoner, tre statlige (der to er under samme enhet) og en ideell. Videre i teksten blir ledere for kommunale barnevernstjenester kalt barnevernsledere, og ledere for barnevernsinstitusjoner som institusjonsledere.

9.1.2 Gjennomføring av intervjuene

Etter gjennomgangen av barnevernmappene vi har fått tilgang til i fire kommuner, har vi intervjuet de fire barnevernslederne som har det overordnede ansvaret for barna mappene omhandler. Etter gjennomgang av mapper i barnevernsinstitusjonene har vi intervjuet institusjonslederne som har det overordnede ansvaret for barna i institusjonene som mappene gjelder. Intervjuene er gjennomført både fysisk og digitalt. Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Vi har bestrebet oss på å gjennomføre intervjuene fysisk, samtidig som vi har vært ute i barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene i forbindelse med mappegjennomgangen. Der det ikke var mulig å gjennomføre intervjuer fysisk, ble intervjuene gjennomført digitalt så snart det lot seg gjøre etter mappegjennomgangen.

9.1.3 Analyse

Vi har benyttet "framework method", eller rammeverk-metodikk, for analyse av intervjuene (Gale et al., 2013; Thoresen et al., 2022). Metoden innebærer utvikling av et skjema med forhåndsbestemte tematikker som er relevant for å svare på spørsmålene til studien, og basert på det som har kommet opp i intervjuene. De to mest brukte tematiske kategoriene er «barrierer for helsehjelp» og «tilgang på helsehjelp», med underkategoriene individ-, tjeneste- og systemnivå. Gjennom å lytte gjennom lydopptakene har funn og sitater blitt skrevet ut under kategoriene, på den måten har transkriberingen og analyseringen blitt gjort samtidig. Det meste av innholdet i intervjuene er transkribert gjennom denne metoden og tematikk som ikke passer inn i kategoriene har blitt satt under «annet». Det som er vurdert å ikke være relevant for studien, det som blir repetert flere ganger og intervjuerens spørsmål (der det ikke gir nødvendig kontekst for sitatet) har ikke blitt transkribert.

9.2 Ulike typer helsehjelp til barn og unge i barnevernet

I intervjuene blir tilbud innen psykisk helse særlig diskutert og problematisert, både spesialisthelsetjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Som det også kommer frem i mappene, er barna og ungdommene i stor grad i kontakt med BUP og tjenester for psykisk helse. Mange av barna, og særlig de som bor på barnevernsinstitusjonene, beskrives av lederne som svært syke og at de som en barnevernleder sier: «*nesten må stå med kniven på pulsåren før de får hjelp*» (Barnevernleder 3). Det er mye psykiske vansker blant de som er i kontakt med barnevernet og det er høy terskel for å få hjelp. I tillegg er det gjerne kortvarig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Lederne ser at det mangler tilbud for deres ungdommer og barn hos BUP og i kommunen, og at de selv ikke har kompetansen på psykisk helse og at barna derfor ikke blir møtt med den hjelpen de trenger.

Å få tilgang på helsehjelp når det gjelder somatisk helse blir ikke sett på som et stort problem, forteller flere ledere. Så lenge man har en fastlege som følger opp det som trengs og sender henvisninger, er det lite barrierer der. Det som kan bli et problem er det at ikke alle ungdommene får en fastlege, særlig når det skjer en omsorgsovertakelse og man flytter. I institusjonene benytter man seg av private aktører (slik som Dr. Dropin) særlig til sykefravær og lignende, legevakt eller andre medisinske senter/akuttsenter. Slik kommer det frem at de får dekket den ordinære helseoppfølgingen av ungdommene, men at det kan være utfordringer i å følge opp helsen til barna når fastlegen enten er langt unna, man får en ny fastlege eller at man ikke får tak i ny fastlege.

Det er en av avdelingslederne som sier at det er mye oppfølging av helse og den opplever at det er mer somatisk sykdom enn hos andre ungdommer:

Det er mye helseoppfølging. Og mange skulle hatt medisiner som de ikke vil ha. Og sant, det er mange faktorer som spiller inn. Men det er mye helseoppfølging for de ansatte. Og der er jo en sammenheng, de er jo også mye oftere - jeg synes jo de er oftere somatisk syke enn, hva skal en si, enn normalen gjerne. (BI 1)

9.3 Hvilke barrierer oppstår når det gjelder helsehjelp til barn og unge i barnevernet?

9.3.1 Individnivå - barrierer hos barna selv og hos foresatte

Barrierene på individnivå er beskrevet i kapitlene om omsorgstiltak og hjelpetiltak, og helseansvarlige eller saksbehandlere forteller mer inngående om utfordringene på dette nivået, siden de selv jobber nærmere «individene». Vi nevner likevel noen av barrierene her som lederne er opptatt av.

Noen av lederne forteller på et mer overordnet nivå at de opplever at barna har blitt sykere og at det er mye psykiske vansker. En institusjonsleder sier at det «alltid» er noen som skal inn, er eller har vært til utredningsopphold, og at autismespekter- og spiseforstyrrelser blir trukket frem som noe av det som det utredes mest for av denne lederen. Som hos helseansvarlige og saksbehandlerne, blir det også trukket frem av lederne at barn og ungdom takker nei til tilbud de får, blant annet fordi de er lei av å snakke om og om igjen om det samme og at det ikke fører til noe. En institusjonsleder sier:

Noen ungdommer kan være litt sånn trøtte av å snakke om det her, som aldri fører til noe liksom. Så det er kanskje den største barrieren. Så unnlater de å møte, og så blir de fort gitt opp eller skrevet ut. (BI 2)

Videre forteller også lederne at tjenestene ikke er tilrettelagt for barna og ungdommene som har vanskelig for å møte opp på et kontor, til faste møtetidspunkt. Det er naturlig for barn og ungdom å ikke alltid være motiverte, og en barnevernleder stiller disse betimelige spørsmålene: *Ja, sånn er det å være 13, 14, 15, 16*

år og ikke være topp motivert for behandlingen din. Hvem er det som skal tilpasse seg? Og skal du kanskje gå ut av kontoret ditt en gang? (Barnevernleder 2). Samtidig som det er en barriere at ungdom takker nei til behandling eller sliter med å møte opp, er det andre som sier at de ønsker mer oppfølging hos BUP og flere samtaler med behandler. De opplever at de har for lite oppfølging i behandlingen.

9.3.2 Tjenestenivå - en utfordring å få felles forståelse for hvilke behov barnet har

Å få en felles forståelse for hva helsetjenestene og barnevernstjenestene har som mandat og har av muligheter, fremstår som en utfordring – både i barnevernssektoren og i helsesektoren. I alle lederintervjuene kommer det på en eller annen måte opp at ulike forståelser er en barriere for å kunne samarbeide godt på tvers av sektorene. Man må stadig forhandle om hvor grensene går i hver enkelt sak, og det virker som det oftere blir en negativ spiral enn en positiv og mulighetsorientert diskusjon mellom helse og barnevern. En barnevernleder sier:

Jeg tror noe av utfordringen til at vi ikke helt klarer å møtes og jobbe sammen for barnets beste, tror jeg handler en del om litt sånn ulik forståelse av fag. Vi er oppdratt i forskjellige retninger, vi har to litt sånn ulike studier. Vi har to ulike departementer, Helsedirektoratet og sant. Så det har slått meg mer og mer at vi egentlig snakker litt forskjellig språk, og har en litt sånn ulik forståelse av hverandres fag. Litt sånn begge veier. Så jeg tror litt at det å bli mer kjent, på et vis, hva det vil innebære det mandatet barnevernet har og er du inne og har et mandat som, både somatikk og helse - og psykisk helse da har. (Barnevernleder 1)

Vurderinger i barnevernet rundt hva som krever psykisk helsehjelp og hva som krever omsorg og trygge voksenpersoner, kan også være vanskelig. Som en barnevernleder sier er det utfordrende å være der for de barna som har større psykiske vansker:

Noen utfordringer fordrer at du har omsorgsfulle varme, mennesker som forstår deg dag etter dag, i lang tid. For vi er kanskje litt sånn at vi tenker at psykologen må behandle, men at behandlingen ligger kanskje ikke bare der. [...] Disse barna som er veldig, veldig syke, de må jo leve et annet sted enn på sykehuset. De må jo få rammer. Og det er jo et problem, for vi er så redd for å gå inn i det. (Barnevernleder 2)

Å kunne ta vare på disse barna der de er og bor, er viktig for å skape trygge rammer der de skal bo. Det kan ikke skapes slike rammer i et sykehusopphold.

9.3.3 Tjenestenivå - utfordrende samarbeid på tvers av sektorer og tjenester

Silotenkingen er et problem som man «alltid strever med». En barnevernleder (2) sier: *Er det ikke denne silogreien som vi alltid strever med da? At jeg har mitt budsjett og helse har sitt budsjett, og ingen har barnet som fokus.* Gode samarbeid mellom siloene, helsesektoren og barnevernet, blir trukket frem som kjennetegn på et godt tilbud for de enkelte barna, men er også en stor utfordring. Den største utfordringen med sektorene sitt samarbeid er at man «skyver på ansvar» eller «skyver fra seg ansvar», som flere av lederne er inne på. En leder forteller at det særlig gjelder de barna som både har diagnoser og som er under barnevernets omsorg:

For vi har jo noen barn som har krav på tjenester fra både barnevern og fra helse og omsorg, hvor vi ikke alltid klarer å utløse gode nok tiltak gjennom Bufetat. [...] Og så har vi kommunen, og helse og omsorg, som mener at dette er barnevern og vi må gi omsorg. Og da kan vi sitte der litt og hverken få det ene eller det andre. Det har vi eksempler på. [...] Det er jo særlig, gjerne de barna som har noen diagnoser. Som utløser helse- og omsorgstjenester, i tillegg til at barnevernet kanskje har overtatt omsorgen da. Og det gjelder særlig de barna vi ikke klarer å rekruttere gode nok fosterhjem til, som står i det over tid. Så dette vil være litt eldre barn da. Ikke de aller yngste så klart. Men i det her skjæringspunktet, så tenker jeg at det er noen utfordringer. (Barnevernleder 4)

En annen leder forteller om forhandlinger og uenighet mellom helse og barnevern, der blant annet «hvem som skal ta regningen» blir et bakteppe for diskusjonene om enkeltbarn:

Så sitter vi og spiller ball mellom helse og barnevern. [...] Da opplever vi at andre samarbeidsinstanser innen helse ikke vil eller vurderer at barnet tilhører dem, at det er de som skal yte hjelpen til det barnet. Og det er vi mange ganger uenig i, og så får vi rett og slett diskusjoner der de argumenterer for at enten barnet ikke tilfredsstiller vilkår eller... (Barnevernleder 2)

I institusjonene kan man i noen tilfeller se at en ungdom har rettigheter gjennom flere lover. Det de kan gjøre for å få på plass helsetjenester, er å gi en dytt til barnevernstjenesten om å henvise og søke. Oppfølgingen i barnevernstjenesten opplever ledere at kan bli personavhengig, fra saksbehandler til saksbehandler. En institusjonsleder forteller at de legger merke til «ansvarsskyvingen» i kommunen, i sakene der de jobber opp mot kommunen om helsetjenester til ungdom.

Samtidig som det skjer forhandlinger her og nå om hvilke tjenester som skal settes inn, er dette barn som vil kunne ha rett og behov for tjenester hele sine liv, også etter at barnevernet er inne:

Det er vel kanskje det som har utviklet seg til å bli den nye store barrieren liksom, å få de til å forstå og få de til å sikre barnas rettigheter da. Så den ser vi bare mer og mer. Og barn som sikkert kommer til å ha rettigheter i hele sine liv. Og at det kommer inn så tidlig som mulig da. (BI 2)

Institusjonene har ikke nødvendigvis kompetanse på psykisk helse, og det er vanskelig å få fosterhjem til de med mer alvorlige psykiske vansker:

Barnevernet har ingenting å ta over med, vi har ingen institusjoner som er spesialister på psykisk helse. Det står ikke en gjeng med fosterhjem klar for å ta imot alvorlig psykisk syke unger for å ha de hjemme hos seg i fosterhjem. Det vi gjør da, vi sier: «Nei, dette er helse, dette er ikke barnevern». (Barnevernleder 3)

9.3.4 Tjenestenivå - utfordringer med å få hjelp til psykiske vansker/lidelser og trangt nåløye hos BUP

Samtidig som det er viktig å skape gode rammer for disse barna der de bor, er det mange som har behov for mer oppfølging av helsetjenestene. Utfordringene som i stor grad blir trukket frem i intervjuene er at BUP sine tilbud ikke er tilpasset for de barna og ungdommene som er under hjelpe- eller omsorgstiltak i barnevernet. Dette gjelder for alle tiltakene, men det er noen litt ulike utfordringer knyttet til tiltakene. Det er særlig de som bor i en barnevernsinstitusjon som lederne forteller at faller mest mellom stolene når det kommer til hjelp hos BUP.

En konkret utfordring er at størsteparten av psykisk helsehjelp blir gitt i kontortid, og er ikke tilgjengelig utenfor den tidsrammen. Dette passer dårlig for mange barn og ungdom. En barnevernleder sier dette:

Altså mange, hvis du tenker de sakene som BUP - som utfordrer mest, når kanskje symptomene begynner å bli sterkest. Når det blir så ille at symptomene går over i for eksempel tvangsatferd, voldelig atferd, utagering, suicidalitet, sånne ting. Da er – det som utfordrer. Og det kan jo inntre, altså ofte på et tidspunkt da det kommunale systemet ikke er på jobb. Og der det kommunale systemet ikke legger opp til – det finnes ikke et akutt psykisk helseteam som kan rykke ut klokken ni. (Barnevernleder 1)

Hos en institusjonsleder som har en samarbeidsavtale med BUP, forteller den at dette også er et problem for dem. Avtalen sier at ledelse skal delta på utskrivingsmøter, men at om ungdommen for eksempel trekker samtykket sitt og blir utskrevet på kvelden, må de bli «sluppet ut» før ledelsen har fått deltatt i et utskrivingsmøte.

Videre opplever ledere at det er en høy terskel for å få hjelp; nåløyet blir smalere og tilbudene færre. Noen forteller om ambulante tilbud og langtidsavdelinger som blir nedbygd, og at oppholdene innen psykiatrien blir kortere. I tillegg er det et klart bilde fra flere ledere at barn og ungdom på institusjon blir prioritert nedover i lista over dem som trenger sengeplass, fordi de allerede «har plass» i barnevernsinstitusjonen.

Neste utfordring med BUP er at det er for lite fleksible tilbud, og det er en stor terskel for mange av barna å møte opp på kontoret til behandleren. Dette forteller lederne i både kommunale barnevernstjenester og -institusjoner. Flere ledere etterspør konkret at man har behandlingstilbud som er lagt opp på barnets premisser, at behandleren gjerne møter barnet der den er eller ønsker å møtes. En barnevernleder sier:

På systemnivå tenker jeg at de som skal behandle barn med psykiske vansker, de må tilpasse seg de barna de skal hjelpe. De kan ikke forvente at alvorlig psykisk syke barn skal tilpasse seg systemet og kontortiden og gangene og bussen og alt det som ligger der. Og så tenker jeg at vi kan ikke ha et system som diskvalifiserer de som trenger hjelpen mest. Og de som trenger hjelpen mest, de har det som oftest ikke så greit hjemme. Vi kan jo ikke diskvalifisere dem fra å få den psykologhjelpen som de trenger. (Barnevernleder 2)

Konsekvensen av at ungdom ikke får eller tar imot behandling og innleggelse i BUP, er at de heller blir «innlagt» i en barnevernsinstitusjon, sier en barnevernleder:

(..) BUP-systemet.. så er det på et vis at barn skal ikke behandles med innleggelse på et vis, at det er en sånn faglig norm, tankegang rundt det. At det kun er unntaksvis. Og særlig ikke med tvang da. Men så blir jo ofte konsekvensen av det at de får på en måte innleggelser og gjerne tvang uansett, bare i et annet system, altså barnevernssystemet. Fordi atferden blir så farlig at foreldre ikke orker eller vil eller tørr. Eller barnevernstjenesten heller ikke tenker at foreldrene evner eller har ressurser nok til å – de kan være gode foreldre, men akkurat med den typen symptom og ansvar, så er det ikke forsvarlig ... Så ender de på et vis – kall det da med innleggelse, og gjerne tvang. Uansett. Bare i et annet system, som i tillegg ikke har kompetanse til å behandle psykisk helse i alle fall. (Barnevernleder 1)

En annen leder forteller at for mange foreldre kan det nettopp bli for tungt å ha den daglige omsorgen for barn med alvorlige psykiske vansker, og med for lite støtte kan resultatet bli at barnet må flytte på institusjon. Institusjonslederne på sin side forteller at de sliter med at de nettopp ikke har kompetansen på psykisk helse, som de tenker at barna som bor der har behov for å bli møtt med.

Som det har blitt vist igjennom mappestudien, har noen fått tilbud om DBT (Dialektisk atferdsterapi) og takket nei. En av avdelingslederne på en barnevernsinstitusjon forteller at et problem med denne terapien er at det burde være faste foresatte rundt ungdommen, som er utfordrende i institusjonssettingen. Selve bosituasjonen skaper en barriere for å få behandling, som vi har sett til nå, og fører oss videre til den siste store barrieren for hjelp hos BUP.

Mange forteller at «uavklart omsorgssituasjon» blir brukt som argument for at barn ikke får innvilget hjelp hos BUP. Dette er «et kjent problem». Og selv om dette kan ha noen faglige begrunnelser fra BUP sin side, fører det til at flere barn, som har mange flyttinger, står uten å bli utredet og tilbud om behandling i lang tid. I disse situasjonene påpeker en leder at bosituasjon og helse henger sammen:

Hvis omsorgssituasjonen ikke er helt avklart og stabil, så får vi ikke poliklinisk behandling, for eksempel. Fordi at omsorgssituasjon må være ordentlig stabil først. Og det er jo det ikke alltid at den er. [...] Det gir på et vis mening, at omsorgssituasjon må være avklart, stabil og god for å kunne motta helsehjelp. Og så er det kanskje ikke mulig å få til en god omsorgssituasjon uten psykisk helsehjelp, altså dette henger jo sammen. (Barnevernleder 4)

9.4 Hvilke faktorer bidrar til helsehjelp til barn og unge i barnevernet?

Tannhelse kommer også opp i intervjuene med lederne, og selv om det kan være utfordringer med å møte opp på kontoret og med tannlegeskrekk, er det også eksempler på at man tilrettelegger ved å for eksempel sende barna til spesialist og tilrettelegge med å bruke narkose. Å snakke om hva som skal skje og vite om slike alternativer er viktig.

Det blir snakket om å ha gode tjenester rundt barna der de er, at man får brukt og bevart sitt nettverk. At barna får den hjelpen de trenger i nærmiljøet, jobbe mer forebyggende, blir nevnt av barnevernlederne at kan forhindre at det går til en omsorgsovertakelse på grunn av at foreldrene er utslitte. Flere snakker også om slik forebygging, at man ønsker seg mer hjelp for eksempel fra kommunens helse- og omsorgstjenester når det er større oppfølgingsbehov ved barnet, også for å unngå en potensiell omsorgsovertakelse. Noen foreslår også COS (Trygghetssirkelen - Circle of Security) for flere foreldre, kanskje til alle foreldre med små barn i kommunen, som et forebyggende tiltak.

Som en del av det å kunne forebygge eller oppdage sykdom eller behov for helsehjelp, er det noen som foreslår mer kompetanse på beskyttelses- og risikofaktorer.

Å ha kontinuitet i personer rundt barnet, som kjenner til historien og helsen, er viktig. Blant annet kan det handle om å bevare fastlegen som kjenner barnet, f.eks. ved plassering i institusjon.

Samarbeidsavtaler er viktig for at systemene rundt barna skal være rigget for å gi tilgang på helsehjelp. Samarbeidsavtaler med BUP blir dratt frem som viktige, noen har avtaler der ungdommer blir prioritert når henvisninger kommer inn eller at de må bytte behandler pga. flytting. Noen har samarbeid der ambulante team veileder og kurser ansatte på institusjonene, slik at de kan opparbeide seg kompetanse til å jobbe godt rundt barna sine spesifikke utfordringer og diagnoser,

Avtaler og samarbeid rundt hvert barn er viktig, dette sier en leder ved en institusjon:

Så tenker jeg også det at det er viktig å ha med fastlege og behandlende lege også inn i ansvarsgruppe, fordi vi jobber jo i en helhet her. Med ungdommen selv, med foreldre, med skole. Det er gjerne – det er kontaktperson i barnevernstjenesten, og også i institusjon. Og så er det fastlegen liksom, det er akkurat som om de er litt på siden, men ofte så har de en viktig rolle. Det er de som har ansvaret for medisin og oppfølging av medisin. Og det kan være mange spørsmål knyttet til det. Så er det det med at de er ofte veldig presset på tid, de har ikke tid, det skal passe i en ellers hektisk hverdag. Så derfor igjen, for de som bor på institusjon, det å ha en samarbeidsavtale hvor man kan få den oppfølgingen av legen over tid da. Sånn at, ja. Raskere tilgang og mer delaktige, tror jeg er det som er stikkordene jeg syns er viktige der. (BI 1)

Samarbeid og fysiske møter på tvers av tjenester blir trukket frem som viktige grep på ledernivå, avtaler må forankres og følges opp slik at man får brukt de i praksis. Også mer uformelt samarbeid og møter, der man blir kjent med hverandres mandat og forståelser bidrar inn i bedre tjenester og tilgang på tjenester.

9.5 Oppsummering – intervjuer med barnevernsledere og institusjonsledere

Bildet som males av ansatte og ledere i barnevernet (institusjon og kommunal tjeneste) er at terskelen for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten (BUP) er høy og at tilbudet til dels har blitt mindre, samtidig som at det er lite tilbud i kommunene når det kommer til psykisk helse og rus. Her presiseres det av noen at tilbudet er bedre for voksne i kommunene enn for barna. Det som blir resultatet, er et gap mellom det som tilbys i de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenestene. Ungdommene i både hjelpetiltak, fosterhjem eller barnevernsinstitusjon faller mellom to stoler. Annen oppfølging eller behandling for ungdommene som ikke får eller vil ha behandling hos BUP, finnes i liten grad. Dette handler både om at ansatte i

barnevernstjenesten og -institusjonen ikke kjenner til og tar kontakt med de tjenestene som finnes, i tillegg til at det mangler tilbud som passer *barn og ungdom* med psykiske vansker/lidelser og rusutfordringer. Det er mange som opplever at BUP har for lite fleksible tilbud til barn og unge i barnevernet med psykiske vansker.

I barnevernsinstitusjonene forteller lederne at de jobber med ungdom som har store psykiske utfordringer, som de ansatte opplever å ikke ha kompetanse til å tilrettelegge for og ha omsorgen for. Denne kompetansen er det særlig BUP som sitter med. Gjennom å få veiledning av akuttambulanseteam, som er del av BUP, har en av institusjonene opplevd å øke kompetansen på psykisk helse blant ansatte, og spesifikt om de utfordringene som ungdommene som bor der har. Å sikre bedre kompetanse på psykisk helse på institusjonen er en måte å imøtekomme utfordringene med at ikke alle ungdommene får eller vil ta imot behandling hos BUP.

Man kjenner for lite til de tjenestene som finnes og man sliter med samarbeidet på tvers av helse og barnevern. Ord som «ansvarsskyving» og «silotenking» blir brukt av flere. Samarbeidsavtaler som brukes aktivt, og som beskriver roller og prosedyrer, er et av suksesskriteriene som presenteres for å få til arbeidet rundt ungdommene når BUP og andre helsetjenester og barnevern er involvert. Blant annet er det å sikre en fortgang i søknadsprosessen/overflytting til ny BUP og behandler viktig, for de ungdommene som allerede var i et behandlingsløp før de flyttet til barnevernsinstitusjon. Dette kan bidra til at ungdommene opplever noe kontinuitet og at motivasjonen for å delta holder seg oppe.

I forbindelse med lederintervjuene kom det nye nasjonale forløpet for barnevern¹² opp, og er relevant å formidle foreløpige erfaringer fra. Noen av lederne forteller at det ikke er klart hvordan det blir løst i deres kommune, men har rullet å bli skeptiske til om forløpet vil bidra til tilgang på helsehjelp. Det er utfordringer med det de opplever som for vage ansvars- og rollefordelinger mellom sektorene, det er ikke nok øremerkede midler til å gjøre arbeidet som forløpet krever. Det foreligger en film på 5-6 minutter om de fem fasene i forløpet som bygger på at man er *enige* mellom tjenestene – dette er et premiss som en barnevernleder utfordrer: man har prøvd å jobbe ut ifra å skape enighet før, men det er nettopp det å *bli enige* som er del av utfordringene når det kommer til helsehjelp for barn og ungdom i barnevernet. Og hvordan løser man det?

Hovedpoeng i kapitlet:

- Det er mange barn og ungdommer i kontakt med barnevernstjenestene som har psykiske vansker og lidelser. Lederne beskriver at flere er svært syke, men at det må være veldig alvorlig før de får hjelp, særlig hos BUP. De får gjerne kortvarig hjelp, og barnevernet ender opp med et ansvar for barna med psykiske lidelser selv om de ikke har riktig kompetanse til det.
- Det er lite tilbud i kommunene innen psykisk helse og rus for barn og ungdom, i tillegg til at det er høy terskel for å få hjelp eller innleggelse hos BUP.
 - Barnevernstjenester og –institusjoner ender opp med å ha ansvaret for oppfølgingen av barn og ungdom med psykiske lidelser, men de har ikke den kompetansen på psykisk helse og lidelser som er nødvendig.
- Det er for lite fleksible tilbud innen psykiske helsehjelp. Det er naturlig at barn og ungdom ikke alltid er motiverte til å møte på et kontor til faste tidspunkt, og lederne forteller at de skrives ut selv om det er behov for mer oppfølging. Et viktig spørsmål som blir stilt er: “Hvem er det som skal tilpasse seg?”.

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern>



- Ved en barnevernsinstitusjon forteller de om gode erfaringer med akuttambulanseteam, der hjelpen blir mer tilgjengelig for ungdommene og de ansatte får veiledning om psykisk helse og rundt enkeltindivid.
- I et presset tjenestetilbud blir ungdommer (særlig de som bor på barnevernsinstitusjon) nedprioritert i vurderinger rundt innleggelse på sengepost (BUP). Barnevernsinstitusjon blir nærmest som et alternativ til innleggelse.
- Det skjer mye helseoppfølging på institusjoner, med legetimer og medisiner. Fastlegemangel er en utfordring. Private aktører blir brukt til sykemelding (skolefravær) og lignende, og legevakt blir benyttet i akutte situasjoner og der barnet ikke har fastlege.
- Samarbeid med helse- og omsorgstjenester er utfordrende på grunn av ulike språk og forståelser, det er vanskelig når man kommer fra forskjellige tradisjoner å finne frem til felles forståelser.
 - Budsjettfokus og silotenking påvirker samarbeidet mellom de ulike sektorene, det blir for lite fokus på hvilke muligheter tjenestene faktisk har.
- Det er for lite langsiktig fokus på barna og ungdommene i barnevernet, det kan være barn som vil ha behov og rett på for eksempel helse- og omsorgstjenester resten av sitt liv.
- Det burde være mer fokus på forebygging. Det fortelles om foreldre med ansvar for barn som har alvorlige psykiske lidelser/vansker, som ender opp med å bli utslitt fordi de ikke får den hjelpen de trenger og de klarer til slutt ikke å ha den daglige omsorgen for barnet lengre.

Del 3 Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020

Silje L. Kaspersen og Thomas Halvorsen

Hovedmålet i delstudie 3 er å undersøke hvilke helsetjenester barn og unge i barnevernet får sammenlignet med øvrig barn- og ungepopulasjon, hva som karakteriserer helsetjenestebruken, og hvordan utviklingen har vært i perioden 2013-2020.

Datagrunnlaget er registerdata på individnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR-KUHR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

10 Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020

Hovedmålet i delprosjekt 3 er å undersøke helsehjelp og helsetjenestebruk over tid blant barn i barnevernet, sammenlignet med barn som ikke er i barnevernet.

Datagrunnlaget er registerdata på individnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

10.1 Mål og problemstillinger

I dette kapitlet presenterer vi omfanget av helsetjenestebruk blant barn i barnevern i perioden 2013-2020, hvilke typer helsehjelp barn i barnevernet mottar, og i hvilken grad barnevernspopulasjonen skiller seg fra øvrige barn og unge i Norge når det gjelder ulike typer helsetjenestebruk. Vi sammenlikner barnevernspopulasjonen med den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen over tid, og i flere tilfeller også en matchet kontrollpopulasjon, og undersøker om det er forskjeller mellom undergrupper basert på kjønn, alder, utdanning, innvandring og foreldres utdanning og inntekt (sosioøkonomisk status). I kapitlet undersøker vi blant annet følgende forskningsspørsmål:

Henvisning til psykisk helsevern

- Hvem er viktigste henviser til psykisk helsevern (PHBU og PHV-V), og er det systematiske forskjeller i hvem som henviser basert på om man har vært i kontakt med barnevernet eller ikke?
- Er det forskjeller i henvisning knyttet til type barnevernstiltak (institusjon, fosterhjem, beredskapshjem eller tiltak uten plassering)?
- Hva er sammenhengen mellom antall henvisninger (og re-henvisninger) og tilknytning til barnevernet?

Ventetider i spesialisthelsetjenesten

- Er det forskjell i ventetider til spesialisthelsetjenester i ulike sektorer (psykisk helsevern/TSB/somatikk), basert på om man har vært i kontakt med barnevernet, og hvilke typer tiltak man har hatt i barnevernet?

Bruk av spesialisthelsetjenester

- Hvordan fordeler helsetjenestebruken seg på hhv. psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk?
- I hvilken grad er det kjønnsforskjeller i helsetjenestebruken og hvordan ser dette ut innen/mellom helsesektorer?
- I hvilken grad er det forskjeller i helsetjenestebruk basert på barnas innvandringsbakgrunn?
- I hvilken grad er det forskjell på hvilket omsorgsnivå barna behandles på, fordelt på mottak av dagbehandling, poliklinisk behandling og døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad er det regionale forskjeller i forbruk av helsetjenester?
- I hvilken grad er det forskjeller i helsetjenestebruk basert på ulike diagnosegrupper innen psykisk helse, rusavhengighet eller somatikk?
- Hvilke diagnoser er mest utbredt blant barn i barnevern og er det forskjeller basert på hvilke type barnevernstiltak man mottar?

Tvang i spesialisthelsetjenesten

- Hvordan ser bruken av tvang i psykisk helsevern ut for pasienter som har vært i kontakt med barnevernet, og skiller tvangstallene for disse barna/unge seg fra de i øvrige pasientpopulasjon?

Bruk av fastlegetjenester og annen primærhelsetjeneste

- Er det systematiske forskjeller i bruken av fastlege, legevakt, tannlege og lab./røntgen-tjenester mellom barn i barnevernet og andre barn som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten?

Grunnstønad og hjelpestønad

- Hvordan er omfang og utvikling i mottak av grunn- og hjelpestønad for barn i barnevern for perioden?

Koding av barnevernsrelaterte variabler i aktivitetsdata

- Det finnes direkte barnevernsrelaterte variabler (typer tiltak etc.) i NPR-data – men hvordan er kvaliteten, og kan de brukes til analyser?

Før vi presenterer resultater fra analysene går vi gjennom datagrunnlag og metode, og gir en beskrivelse av barnevernspopulasjonen og de ulike pasientpopulasjonene innenfor hver sektor.

10.2 Datagrunnlag og metode

Vi har innhentet helsedata på individnivå fra henholdsvis NPR og KPR/KUHR for perioden 2010 til 2022. Ved en inkurie ble det gjort en feil i populasjonsuttrekket for året 2020 hos SSB (nyfødte og innvandrere manglet), som ble oppdaget for seint til at det tidsmessig var mulig å få gjort hele koblingen på nytt innenfor tidsrammen til prosjektet (det var rundt ett års ventetid i helseregistrene da feilen ble oppdaget høsten 2023). Det betyr at populasjonen i 2020 ikke er helt komplett, men vi har likevel valgt å benytte data opp til og med 2020 i analysene. Ettersom både helsetjenestebruk og barnevernstjenester vil mangle for nyinnflyttede innvandrere og nyfødte for året 2020, kan det være at sammenhenger mellom helsetjenestebruk og barnevernstjenester over- eller underestimeres i regresjonsanalysene. Som beskrevet under delkapitlet om operasjonalisering av barnevernsdata, er det et brudd i tidsserien som gjør det mest hensiktsmessig å kun bruke barnevernsdata fra og med 2013. Merk også at tvangsdata kun er tilgjengelig fra 2015 etter anbefaling fra registrene grunnet dårligere kvalitet i årene før.

Data fra NPR gir oss informasjon om forbruket av psykiske og somatiske spesialisthelsetjenester, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling. KUHR og KPR gir oss informasjon om forbruket av kommunale helse- og omsorgstjenester, og inkluderer fastlegetjenestene og kommunale legevaktstjenester. Disse datakildene er koblet til barnevernsdata på individnivå (fra SSB), samt til informasjon om foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn og mottak av grunn- og hjelpestønad (fra SSB). Ved å innhente data over flere år har vi kunnet studere forhold som påvirker helsetjenesteb Bruken hos målgruppen over tid.

Ved å koble barnevernsstatistikken (SSB) med helseregistrene vil vi kunne skaffe oss et totalbilde av forbruket av helsetjenester for de som er under oppfølging av barnevernet – og vil kunne studere forskjeller mellom flere undergrupper, basert på diagnoser, kjønn, sosioøkonomi, barnevernstiltak osv. Fordi vi kan følge barna over tid, med nøyaktige datoer for kontakt med helsetjenestene, vil vi også ha mulighet til å vurdere sammenhengen mellom det å motta ulike barnevernstiltak (for eksempel om barna er i institusjon, fosterhjem eller bor med sine foreldre) og helsetjenestebruk.

Deskriptiv statistikk fra dette datamaterialet vil i seg selv gi ny kunnskap om omfanget av bruk av helsetjenester i målgruppen. Registerdata vil i liten grad kunne si noe om udekket behov, men dette er et tema som omtales tidligere i rapporten.

For å besvare forskningsspørsmålene hadde vi behov for et sammenligningsgrunnlag for å kunne vurdere hvordan barnevernspopulasjonen eventuelt skiller seg ut fra andre barn/unge når det gjelder tjenesteforbruk. Vi har derfor innhentet data på samtlige barn og unge i de aktuelle års-kohortene. I denne sammenhengen har det vært viktig å gjennomføre sammenligninger av grupper med tilsvarende sosioøkonomiske bakgrunn og sykdomsbilde for å kunne si noe om det er forskjeller i forbruket av helsetjenester avhengig av om barnet er i eller utenfor barnevernstjenesten. Dette er nærmere beskrevet i delkapitlet om operasjonalisering av sosioøkonomi under.

10.2.1 Prosedyre for registerdatakobling

SSB skulle trekke den totale barne- og ungdomspopulasjonen (0-23 år), bosatt i Norge i perioden 2010-2021, og koble på demografiske data som kjønn, alder, landbakgrunn og geografisk tilhørighet, barnevernsdata og informasjon om foreldre/foresattes sosioøkonomiske status, samt mottak av grunn- og hjelpestønad. SSB sendte så fødselsnumrene til Helsedirektoratet for påkobling av data fra de av barne- og ungdomspopulasjonen som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten og/eller primærhelsetjenesten i løpet av perioden. Bestilling av data ble gjort høsten 2021, og data var mottatt fra Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister sommeren 2023. Helseregistrene har opplevd et stor trykk av forskningsbestillinger de seneste årene, og kombinert med store omorganiseringer og etableringen av Helsedataservice, har det tatt lenger tid enn normalt å få utlevert data.

10.2.2 Operasjonalisering av helseregisterdata

Tabell 10-1 under oppsummerer hvilke register vi har data fra, hva de gir informasjon om og eksempler på variabler vi har brukt i analysene. Ytterligere operasjonalisering av data beskrives under.

Tabell 10-1 Oversikt over hvilke register som er koblet, type data og eksempler på tilgjengelige variabler.

Registereier	Register	Hensikt	Eksempel på variabler tilgjengelig
SSB	Det sentrale folkeregisteret (DSF)	Trekke barne- og ungdomspopulasjonen (0-23 år) i perioden 2010-2020	Demografiske variabler som kjønn, alder, død, innvandrerbakgrunn, bostedskommune etc.
SSB	Data om familier og husholdninger	Familiekobling muliggjør å få opplysninger om foreldre/foresattes (og dermed barnets) sosioøkonomiske status.	Familiekobling, familiestørrelse, sivilstatus på familie, familieøkonomi etc.
SSB	Barne- og familieverndata	Identifisere hvilke barn og unge som har mottatt tiltak i barnevernet hvert av årene, og koble på barnevernsdata for disse.	Meldinger til barnevernet (inkl. hvem som meldte og innhold i meldingen), undersøkelser, type barnevernstiltak (omsorgstiltak, hjelpetiltak og type), varighet på tiltak etc.

SSB	FD-trygd, Inntektsstatistikk for husholdninger (Grunn- og hjelpestønad)	Definere sosioøkonomisk status i familien. Identifisere hvilke barn og unge som har mottatt grunn og hjelpestønad i perioden.	Mottak av grunn og hjelpestønad
SSB	Norsk utdanningsdatabase (NUDB)	Opplysninger om høyest fullførte utdanning i hele barne- og ungdomspopulasjonen brukes som prokxy for sosioøkonomisk status for barna/unge når de blir eldre (de som var eldst i begynnelsen av studieperioden vil nå tredve-årene i slutten av perioden)	Høyest fullførte utdanning (kategorisk variabel)
Helsedir.	NPR	Måle helsetjenestebruk innen somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne (for de som er 18-23 år) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Henvisningsdata, data knyttet til oppholdet (datovariabler for oppstart/avslutning, diagnoser, omsorgsnivå, behandlingssted mv.), data for tvungent psykisk helsevern (fra 2015).
Helsedir.	KUHR-KPR	Måle helsetjenestebruk i primærhelsetjenesten.	Antall konsultasjoner hos fastlege, legevakt, tannlege osv. hvert av årene. Typer tjenester mottatt i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det ligger en omfattende jobb med datatilrettelegging bak denne type registerstudier, der antallet filer som skal gjennomgå og kvalitetssikres er høyt, og der man må ta mange veivalg med tanke på hvordan man definerer variabler og utfallsmål. I det følgende gir vi en beskrivelse av de viktigste operasjonaliseringene av data fra helseregistrene.

Norsk pasientregister (NPR)

Koblingsfilen fra SSB til NPR inneholdt identiteten til 2 317 969 personer. Dette definerer hele barne- og ungdomspopulasjonen (0-23 år) bosatt i Norge per 2010-2021. Ved kobling av pasienter med folkeregistrert fødselsdato var det 21 pasienter med fødselsdato før 1987 og 3 pasienter med ingen registrering av fødselsdato. Disse ble fjernet fra utvalget. Utvalget besto derfor av 2 317 945 personer.

Datamaterialet fra NPR inneholder kun data på de som har vært til behandling i spesialisthelsetjenesten, og er avgrenset til alle behandlingsepisoder (polikliniske kontakter, dagbehandlinger, døgnopphold) innrapportert i perioden 2010-2022 ved følgende tjenesteområder:

- Somatiske sykehus og klinikker, sykehusnivå
- Avtalespesialister innen somatiske fagområder

- Avtalespesialister innen psykisk helsevern for voksne
- Psykisk helsevern for voksne (PHVV), inkl. tvang
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) inkl. tvang
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inkl. tvang

Prosjektet har også tilgang til tilstandskoder (ICD-10-diagnoser) for hver episode i spesialisthelsetjenesten, samt spesialistvedtak som indikerer om personen har hatt tvangsvedtak i psykisk helsevern eller TSB.

For en detaljert beskrivelse av totalpopulasjonene som inngår viser vi til Helsedirektoratets samdatapublikasjoner for det enkelte år: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>.

Variabeldefinisjoner NPR-data

Helsetjenestebruk og diagnoser

Vi har i all hovedsak valgt å beregne omfang av helsetjenestebruk innenfor de ulike sektorområdene (PHBU, PHV, TSB, Somatikk og fastlege/legevaktsbruk) i form av antall konsultasjoner/episoder per år per pasient basert på inndato og utdato i aktivitetsdata. Vi har skilt på omsorgsnivå i noen av analysene, dvs. om det har vært snakk om poliklinikk/dagbehandling (som vi har slått sammen), eller døgnopphold. For døgnopphold er det beregnet gjennomsnittlig antall dager på døgnopphold og antall døgnopphold i løpet av året per pasient.

Når det gjelder avtalespesialistdata i psykisk helsevern (gjelder kun poliklinisk behandling) har vi valgt å definere disse innenfor PHBU hvis pasienten var under 18 år da konsultasjonen skjedde, og PHV-V hvis pasienten var over 18 år.

Spesialisthelsetjenesten i Norge bruker diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10 for å kode diagnoser, tilstander og andre kontaktårsaker¹³. I PHBU er det bestemt å bruke den ICD-10-baserte "Multi-axial classification of child and adolescent psychiatric disorders"¹⁴. Vi har hatt tilgang til detaljert informasjon om diagnose for hvert forløp pasienten har hatt, men i denne rapporten vil vi fokusere på hoveddiagnoser, og ikke tatt hensyn til tilleggstilstander (bidiagnoser). I PHBU bruker vi koding for akse 1 og 2, som vist i utsnittet under fra [Finnkode.ehelse.no](http://finnkode.ehelse.no).

¹³ <https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/ICD-10-og-ICD-11>

¹⁴ [https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/Multiaksial-klassifisering-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-\(PHBU\)](https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/Multiaksial-klassifisering-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-(PHBU))

- Systematisk del
 - Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom
 - F03-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
 - F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
 - F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
 - F30-F39 Affektive lidelser
 - F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
 - F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
 - F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
 - F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
 - F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
 - F99 Uspesifisert psykisk lidelse
 - R40-R46 Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd
 - Z koder akse 1
 - 1000 Ingen Påvist tilstand på akse 1
 - 1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1
 - Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser
 - Akse 3 Psykisk utviklingshemming
 - Akse 4 Somatiske tilstander
 - Akse 5 Avvikende psykososiale forhold
 - Akse 6 Funksjon

Henvisninger

For pasienter som har fått vedtak om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (som er de vi har aktivitetsdata på) har vi også en del informasjon om henvisningen, herunder dato for mottatt henvisning, henvisningstype og hvilken instans henvisningen ble sendt fra. I denne rapporten har vi undersøkt hvem som er de viktigste henviserne til psykisk helsevern (PHBU og PHV-V), og om det er forskjell mellom pasienter som har vært i kontakt med barnevernet og ikke. Type henviser er listet i tabell 10-2 under, der vi valgte å slå sammen noen av de mange kategoriene som finnes i aktivitetsdata. Rehabilitering og TSB er slått sammen til "Øvrig spesialisthelsetjeneste". Pasienten selv gjaldt veldig få, og ble kodet til missing, øvrige ble lagt under "Andre tjenester". Det var i utgangspunktet ca. 30 % missing på denne variabelen i både PHBU og PHV-V. I regresjonsanalyser har vi også studert antall henvisninger per år i og utenfor barnevernspopulasjonen.

Tabell 10-2 Henvisende instans, mest brukte kategorier basert på andel av henvisningene i perioden 2013-2020.

Henvisende instans (største kategorier i NPR)	Vår operasjonalisering basert på største kategorier
Fastlege/primærlege/legevakt	Fastlege/primærlege/legevakt
Øvrig primærhelsetjeneste	Øvrig primærhelsetjeneste
Andre tjenester	Somatisk spesialisthelsetjeneste
Sosialtjeneste, barnevern	Psykisk helsevern
Spesialisthelsetjeneste	Øvrig spesialisthelsetjeneste (inkl. TSB)
Psykisk helsevern	Barnehage/skole/PPT
Barnehage, skolesektor, PPT	Sosialtjenester
Somatisk spesialisthelsetjeneste	Andre tjenester
Pasienten selv	
Privatpraktiserende spesialister (inkl. kiropraktor/manuellterapeut)	
Rehabiliteringsinstitusjoner	
Distriktpsikiatrisk senter	
Tverrfaglig spesialisert rus	
Politi, fengsel, rettsvesen	

Ventetider

I dette prosjektet at vi hatt tilgang til en flere datovariabler i aktivitetsfilene fra NPR som gjør at man kan beregne hvor lenge pasientene har ventet på å få komme til behandling fra henvisningen ble mottatt i spesialisthelsetjenesten. Dette er stort sett data av god kvalitet med få manglende observasjoner. Det er flere måter å beregne ventetider på, men her har vi valgt å legge oss opp til definisjon som i NPR sin ventelistestatistikk¹⁵, med bruk av dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) og dato for når ventetiden avsluttes (ventetid sluttdato). Ventetiden antas å slutte når oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling kommer i gang. Vi gjør oppmerksom på at til tross for at vi har tilgang til hele populasjonen det enkelte år, vil tallene kunne avvike noe fra de offisielle tallene hos NPR fordi NPR har tilgang til en mer detaljert ventelistestatistikk og gjør flere tilpasninger enn oss.

Basert på "ventetid sluttdato" fratrukket ansiennitetsdato har vi kalkulert antall ventetid dager. For noen få pasienter er det ulogiske resultater for kalkuleringen av ventetid dager (for eksempel negative tall) eller mistenkelig langt antall ventetid dager på flere år. I tilfeller der ventetid dager overstiger to år, har vi prikket (satt til missing) observasjonen. Basert på ventetid dager-variabelen har vi laget en ny variabel som indikerer gjennomsnittlig antall ventetid dager per år per individ (ved flere henvisninger per år kalkulerer vi gjennomsnittlig ventetid som vi bruker når vi fremstiller statistikken).

Tvang i spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet for eksempel i Helsedirektoratets beskrivelse av aktivitetsdata for 2019 (Indergård & Krogh, 2020), er bruk av tvang innen psykisk helsevern hjemlet i psykisk helsevernloven (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) og den tilhørende forskriften. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis med og uten døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Tvungent psykisk helsevern er kun aktuelt for barn over 16 år. Barn under 16 år innlegges frivillig på

¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter>

bakgrunn av representert samtykke, som beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven § 4.4 (ibid). Som påpekt i en kunnskapsoppsummering av norsk forskning som omhandler bruken av tvang i barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i Norge, viser litteraturen at registreringsrutiner av tvang er av dårlig kvalitet, og at det er store variasjoner mellom ulike avdelinger både innad i, og mellom, helseforetak (Olesen, 2020). Ifølge Helsedirektoratet og NPR er det særlig for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og behandling uten samtykke at det i liten grad gjøres systematisk kontroll av komplettheten i innrapporterte data.

Data om tvang i PHV og TSB var tilgjengelig for oss i perioden 2015 til 2022. Helsedirektoratet oppgir på henvendelse fra oss at datagrunnlagene om tvang primært gjelder psykisk helsevern og hjemmel i psykisk helsevernloven, og at man i liten grad har brukt dette for å studere tvang i TSB. Rene rusinstitusjoner og TSB-avdelinger rapporterer ofte lite eller ingenting om tvangsbruk selv om de aktuelle kodeverkene i noen grad også peker på lovgrunnlag som er mest relevant i TSB. Vi har her likevel valgt å ta med noe deskriptiv statistikk for de av pasientene som både var registrert som pasienter i TSB i både aktivitets- og tvangsfiler. Siden tvang i realiteten ikke skal forekomme for barn under 16 år, og vi dermed ikke mister så mye informasjon grunnet feiltrekkingen av populasjon hos SSB i 2020 (som manglet nyfødte), har vi valgt å beholde disse årene når vi har studert tvang. Vi minner om at det vil mangle noen nyinnflyttede innvandrere i 2020-2022.

Tvangsdata ivaretar i utgangspunktet ikke kobling til aktivitetsdata, men kan indirekte kobles til enkeltepisoder i aktivitetsdata ved hjelp av datoinformasjon om hhv. tvangsvedtak og episode. Av hensyn til rammene og problemstillingene i dette prosjektet har vi valgt å telle tvangsvedtak per pasient per år og sektor (PHBU, PHV-V, TSB), basert på datoer for spesialistvedtakene, uten å knytte disse direkte til enkeltepisoder i aktivitetsdata. Det betyr for eksempel at vi ikke kan si noe om antall oppholds døgn på tvang eller sammenhengen mellom diagnoser og tvang, men har laget variabler som indikerer om personen har hatt et tvangsvedtak innen det enkelte år. Vi har også valgt å fjerne dubletter på tvangsvedtak på samme dag. Vi har informasjon om rettslig grunnlag for behandlingen (type formalitet, for eksempel tvungen observasjon med/uten døgnopphold, tvunget psykisk helsehjelp med/uten døgnopphold, nødrett osv.), samt ulike typer tvang som er knyttet til spesialistvedtakene (for eksempel fastholding, mekaniske tvangsmidler, skjerming, tvangsmedisinering, tvungen ernæring osv.). Vi presiserer at det er større usikkerhet knyttet til tvangsdatagrunnlaget enn aktivitetsdata, og at analysene som er gjort her må tolkes med forbehold om både datakvalitet, og at det kan være særtrekk ved måten tvangsdata rapporteres på som gjør at dypere analyser og et tettere samarbeid med Helsedirektoratet på dette hadde gitt mer presise funn. Dette lå imidlertid utenfor rammene av dette prosjektet, men kan være noe vi følger opp i forbindelse med evalueringen av nasjonalt forløp for barnevern.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR-KUHR)

KPR ble lansert i 2018 og inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR bygges opp suksessivt, og ble i første omgang basert på KUHR-data (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner fra HELFO). I 2019 ble IPLOS-opplysninger tilgjengelig i KPR, ytterligere data fra pleie- og omsorgstjenesten og allmennlegetjenesten, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, tannhelsetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt inkludert etter hvert. Bortsett fra KUHR-data, som er en hyppig brukt kilde i registeranalyser, har KPR hittil vært lite brukt til forskningsformål. Helsedirektoratet har i forbindelse med overleveringen av data kommunisert at det kan være utfordringer med kvalitet i disse dataene, og særlig den delen som ikke er direkte knyttet til refusjoner, men som avhenger av kommunenes registreringer (KPR HOM). Forskningspotensialet for NPR og KPR-data er beskrevet i Bakken et al. (Bakken et al., 2020; Bakken et al., 2021).

I vårt prosjekt inneholdt koblingsfilen fra SSB til KPR-KUHR identiteten til 2 317 969 personer. Dette definerer hele barne- og ungdomspopulasjonen (0-23 år) bosatt i Norge per 2010-2021. Ved kobling av pasienter med folkeregistrert fødselsdato var det 21 personer med fødselsdato før 1987 og 3 personer med ingen registrering av fødselsdato. Disse ble fjernet fra utvalget. I KPR-KUHR (men ikke i NPR) har man

mulighet til å reservere seg fra at data skal brukes til forskning. I denne populasjonen hadde 1836 personer benyttet reservasjonsretten, og reservert seg mot registerets tilleggsformål. Tilleggsformål er definert av KPR-forskriftens §1-1, tredje ledd: "Helseopplysninger som er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal". Det endelige utvalget for påkobling av KPR-data besto derfor av 2 316 109 unike personer. I desember 2023 fikk vi beskjed om at ytterligere 11 personer hadde kontaktet KPR og ønsket å benytte seg av reservasjonsretten – disse personene ble fjernet fra filene hos oss (vi fikk oppgitt anonymisert ID fra KPR), og dokumentasjon ble sendt KPR.

KPR-KUHR er todelt og baseres på 1) refusjonskrav fra behandlere (innmeldes løpende fra hver enkelt behandler) som vi kan kalle "KPR Fastlege, legevakt, fysioterapeut m.fl. " (basert på KUHR) og 2) data på vedtak i helse- og omsorgstjenestene (innmeldes foreløpig årlig fra kommunene), som kan forkortes "KPR Helse- og omsorg (HOM)". Grunnet en del usikkerhet knyttet til særlig KPR HOM, har vi valgt å ikke bruke dette grunnlaget i dette prosjektet, men vil eksplorere mer i kommende prosjekt på samme tema (evaluering av nasjonalt forløp for barnevern). Vi fikk også en veldig kort tidsserie her, som gjorde det mindre aktuelt å benytte enn vi først hadde planlagt. Vi benytter KUHR-data i denne rapporten, og studerer helsetjenestebruk hos fastlege, legevakt, tannlege og lab./røntgen-tjenester.

10.2.3 Operasjonalisering av barnevernsdata

Barnevernsdata er utlevert av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Tallmaterialet er på individnivå og følger alle individ som har hatt kontakt med barnevernstjenesten i perioden 2013-2020. Vi har selv avgrenset bruken av barnevernsdata til perioden 2013-2020 i fremstillingen av statistikk og analyser fordi det i overgangen 2012/2013 ble foretatt en større omlegging av barnevernsstatistikken som gjør det vanskelig å sammenstille barnevernsdata før og etter dette tidspunktet uten større tilpasninger. På dette tidspunktet ble det gjort en rekke endringer av barnevernsstatistikken, men av størst betydning for dette prosjektet er endringene som ble gjort i tiltakskategoriene (Beyrer & Dyrhaug, 2021b).

Barnevernspopulasjonen kan defineres ulikt avhengig av hvilke deler av barnevernsstatistikken som benyttes. Det vil for eksempel være forskjellige populasjoner avhengig av om det er data på bekymringsmeldinger (meldinger), undersøkelser eller tiltak som legges til grunn for populasjonstallene. Avvikene mellom disse populasjonene skyldes at barn har ulike forløp i barnevernstjenesten, hvor saksgangen kan avsluttes allerede etter at barnevernet mottar meldingen, mens den i andre tilfeller forløper frem til barnet/familien mottar et eller flere tiltak. Et annet forhold som bidrar til ulike populasjoner, er at data på meldinger kun vil oppgis i det året meldingen mottas, mens data på tiltak vil oppgis så lenge som tiltaket vedvarer, som kan være over flere år. I dette prosjektet er fokuset primært på barn som har mottatt tiltak og populasjonen defineres derfor med utgangspunkt i denne gruppa. I løpet av perioden 2013-2020 har 139 622 barn/unge/familier mottatt barnevernstiltak. Resten av populasjonen (0-23 år) bosatt i Norge i denne perioden (2 317 969 individ) danner sammenligningsgrunnlaget for analysene av barnevernspopulasjonen.

I den videre inndelingen i tiltakskategorier har vi i størst mulig grad valgt å forholde oss til de diskusjoner og forslag som har blitt fremmet i Bufdirs eget notat "Om skillet mellom hjelpetiltak og omsorgstiltak". Ifølge dette notatet er et hovedproblem med SSBs barnevernsstatistikk at de data som innsamles under inndelingen omsorgstiltak og hjelpetiltak hos SSB ikke samsvarer fullstendig med de juridiske definisjonene av disse tiltakskategoriene. Omsorgstiltak omfatter barn hvor barnevernstjenesten har overtatt omsorgsansvaret for. Hjelpetiltak omfatter de øvrige barna som mottar tiltak som ikke defineres som omsorgstiltak. I sistnevnte gruppe kan det for eksempel inngå både tvangs- og samtykkebaserte tiltak. Hjelpetiltak og omsorgstiltak er hjemlet i ulike deler av Barnevernloven, og en riktig anvendelse av dette skillet vil følge de hjemlene som tiltaksbeslutningene er hjemlet i. Bufdir har imidlertid observert et avvik i antallet omsorgstiltak og hjelpetiltak i sammenligningen av egen statistikk med statistikk produsert av SSB. Dette avviket tilsier at SSB ikke følger samme praksis i denne inndelingen som Bufdir.

I de mikrodata som har blitt levert av SSB til dette prosjektet er det ikke mulig å tilbakeføre hvert tiltak til de ulike lov-hjemlene, og det vil derfor ikke være mulig å etablere et skille mellom omsorgstiltak og hjelpetiltak som er i tråd med det juridiske skillet mellom disse hovedkategoriene. Et annet interessant skille går mellom tvangshjemlede tiltak og samtykkebaserte tiltak, men heller ikke dette skille lar seg etablere i utleverte mikrodata da vi bare unntaksvis har utlevert informasjon om hvilke lovhemler tiltakene er basert på. Av samme grunn vil det heller ikke være mulig å følge Bufdirs anbefaling om å benytte hovedgrupper av hjemmelskategorier som en inndeling i statistikken.

Vi vil i stedet følge Bufdirs anbefaling om å bruke skillet mellom tiltak i og utenfor hjemmet som fremgår av kostrafunksjonene 251 og 252. Vi vil i tillegg gjøre et skille mellom institusjon, fosterhjem og beredskapshjem/midlertidig hjem i familie og nettverk (SSB)¹⁶. Følgende tiltakskategorier vil altså benyttes i denne rapporten:

- Tiltak i hjemmet (kostrafunksjon 251)
- Tiltak utenfor hjemmet (kostrafunksjon 252)
- Institusjonstiltak
- Fosterhjem
- Beredskapshjem/midlertidig hjem i familie og nettverk

10.2.4 Operasjonalisering av sosioøkonomi og demografiske data

For at en sammenligning av tilgangen til helsetjenester for barnevernspopulasjonens og den øvrige populasjonen skal kunne gi svar som er relevante og informative er det nødvendig å sikre at de befolkningsgruppene som sammenlignes er relativt like på noen grunnleggende demografiske og sosioøkonomiske dimensjoner. Det er for eksempel stor forskjell i helsetjenestebruken mellom kjønnene og mellom ulike aldersgrupperinger. Likeledes vil det være forskjeller i helsetjenestebruken avhengig av den sosioøkonomiske bakgrunnen til befolkningsgruppene, noe som kan være knyttet både til helsetilstand, men også tilgangen til helsetjenester. Videre er det også et faktum at demografiske og sosioøkonomiske forhold har stor betydning på sannsynligheten for å bli mottaker av barnevernstjenester. Det er derfor nødvendig å ta høyde for dette i sammenligningen av personer med bakgrunn fra barnevernstjenesten og de som ikke har det. I dette avsnittet presenterer vi de variablene vi bruker for å sikre relevante sammenligninger. For hver variabel gis først en kort begrunnelse og deretter en beskrivelse av hvordan variablene er operasjonalisert, det vil si hvordan variablene er tilrettelagt for at de skal kunne anvendes i analysene.

Sosioøkonomi

Begrepet sosioøkonomi er en fellesbenevnelse for sosiale og økonomiske forhold hos individet eller befolkningsgrupper som gjerne er gjensidig forsterkende og har innflytelse på sannsynligheten for ulike utfall hos disse individene eller gruppene. For eksempel deres tilgang til helsetjenester eller om de mottar barnevernstjenester.

Inntekt er en vanlig benyttet variabel i sosioøkonomiske mål. Personers eller gruppers inntekt sier blant annet noe om deres handlingsrom. Helsevesenet i Norge er i stor grad basert på offentlige tjenester, så graden av brukerbetaling er betydelig mindre enn i mange andre land, men det er allikevel noe brukerbetaling i forbindelse med de fleste tjenestene og i medisinerer. For noen deler av helsetjenesten, for eksempel tannhelse, er graden av egenbetaling betydelig større. I tillegg har man en del private helsetjenester hvor det også er større grad av brukerbetaling. Tilgangen til helsetjenester vil også påvirkes av den fysiske tilgangen til helsetjenestene hvor inntekten kan være bestemmende for hvor sentralt man bor og hva slags transportmidler som er aktuelle når tjenestene oppsøkes.

¹⁶ <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/377/versjon/1644/koder>

I dette prosjektet benyttes et mål som SSB kaller "Inntekt etter skatt per forbruksenhet, EU-ekvivalensskala"¹⁷. Begrepet 'per forbruksenhet' betyr at den samlede inntekten fordeles likt på hvert husstandsmedlem. Dette er altså et gjennomsnittsmål for den estimerte inntekten for hver person i husstanden. 'Inntekt etter skatt' er samlet inntekt for husholdningen hvor skatt og andre offentlige avgifter er trukket fra. I samlet inntekt inngår summen av alle yrkesinntekter, kapitalinntekter og eventuelt andre inntekter. Hovedargumentet for å bruke akkurat dette inntektsmålet er at inntekten blir aggregert for alle som tilhører samme husholdning. Inntekten blir videre justert for stordriftsfordeler og ulik husholdningsstørrelse, noe som gjøres ved å regne om husholdningsinntekten til en "ekvivalentinntekt". Fordelen med ekvivalensinntekten er at den kan sammenlignes på tvers av store og små husholdninger og være noenlunde uavhengig av husholdningenes sammensetning. En annen fordel knyttet til at dette inntektsmålet omfatter alle personene i husholdningen er at det da tar høyde for inntektsopplysninger fra husstandsmedlemmer vi ellers ikke har fått utlevert informasjon om i våre egne mikrodata. Fra SSB har vi kun fått utlevert individopplysninger på barn og foreldre, men i dette inntektsmålet inngår også inntekter fra andre, som for eksempel samboere, søsken og besteforeldre.

Vi foretar en tredelt inntektsinndeling: lavinntekt, mellominntekt og høyinntekt. I tråd med rådende praksis hos SSB defineres lavinntekt som 60 prosent eller mindre av medianinntekten på EU-ekvivalensskalaen¹⁶. Høyinntekt har blitt definert som inntekter 2 ganger over medianinntekt eller høyere, mens mellominntekt er de med inntekt mellom lav- og høyinntekt. I noen sammenhenger benyttes et mål som kalles vedvarende lavinntekt som betyr at husstanden har en inntekt som over flere år (ofte tre år) som er 60 prosent eller mindre enn medianinntekten. Vi benytter ikke dette målet, men benytter kun et mål basert på ett og ett år fordi mål med slike glidende gjennomsnitt vil avkorte antall år i tidsserien med minst to år hvis et glidende gjennomsnitt over tre år benyttes.

Utdanning er en annen sentral sosioøkonomisk variabel som også er viktig når man skal vurdere bruk av helse- og barnevernstjenester. Fra forskning på helsetjenester vet man at tilgangen til helsetjenester generelt er bedre for befolkningsgrupper med høyere utdanning, men at bruken av helsetjenester går opp for grupper med lavere utdanning. At bruken av helsetjenester går opp med lavere utdanning har ulike årsaker knyttet til for eksempel livsstil, yrkesvalg, skaderisiko og helsekompetanse. Vi har flere steder i rapporten nevnt begrepet helsekompetanse. Helsekompetanse er et fagbegrep som er viktig ikke bare for å forstå variasjon i helse for ulike befolkningsgrupper, men også for å forstå hvorfor tilgangen til helsetjenester generelt øker med utdanning:

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet 2019¹⁸

Utdanningsnivå vil i våre analyser angis med en tredelt kategorivariabel som får verdiene 'lav', 'middels' og 'høy'. Personer med lav utdanning er de som har ingen utdanning eller grunnskole som høyeste oppnådde utdanning. Middels utdanning er personer med fagskole eller videregående utdanning som høyeste oppnådde utdanning. De som havner i kategorien for høy utdanning er de med fullførte høyskole eller universitetsutdannelse. Det vil være aktuelt å benytte både foreldres utdanning og barnas egen utdanning som sosioøkonomiske mål. I angivelsen av foreldres utdanningsnivå benyttes den av foreldrene som har den høyeste oppnådde utdanningen.

Innvandringsbakgrunn er en annen sosioøkonomisk variabel med særlig relevans for barnevern fordi enkelte innvandringsgrupper er overrepresentert i barnevernsstatistikken. Dette gjelder særlig fra land som tidligere ble kalt 'ikke-vestlige', men som nå mer omstendelig, presist og i mindre ladet form omtales

¹⁷ <https://www.ssb.no/a/metadatas/conceptvariable/vardok/3363/nb>

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

som 'Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS'. Det er imidlertid sterk samvariasjon mellom innvandringsbakgrunn, inntekt og utdanning. Mye av overrepresentasjonen i barnevern for innvandrere kan nok tilskrives et vanskelig sosioøkonomisk utgangspunkt, men som tidligere analyser har vist så er det fortsatt overrepresentasjon i denne befolkningsgruppa, selv når man tar høyde for inntekt og utdanning (Kojan & Storhaug, 2021). Dette kan nok tilskrives andre sosiale forhold som for eksempel mangel på familiære og andre personlige nettverk og språklige og kulturelle barrierer. Det er derfor viktig å opprettholde innvandringsbakgrunn som et selvstendig sosioøkonomisk mål.

En annen grunn til å inkludere innvandringsbakgrunn som sosioøkonomisk mål er at innvandrere som gruppe har dårligere somatisk og mental helse enn befolkningen for øvrig, noe som forverres ytterligere av at deres tilgang til helsetjenester også er dårligere (Abebe, 2010). Noe av forklaringen på en dårligere tilgang skyldes lavere inntekts- og utdanningsnivå, men også en rekke språklige og kulturelle barrierer bidrar til redusert tilgang til helsetjenestene for innvandrere. Man kan se for seg et problematisk triangel mellom dårlig innvandrerhelse, svakere helsetjenestetilgang og barnevern. Spesielt vil psykiske diagnoser kombinert med et underforbruk av psykisk helsevern og barnevern blant innvandrere være en problemstilling vi vil ønske å se nærmere på.

I det empiriske arbeidet vil det primært skilles mellom en innvandringsbakgrunn fra EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand og innvandring fra de øvrige landene. Videre vil innvandring defineres som kun å gjelde første generasjon, altså kun barn som ikke er født i Norge av foreldre med ikke-norsk opphav. Disse distinksjonene vil etableres i datamaterialet med to dikotome (todelte) ja/nei-variabler, en for innvandring eller ikke og en for innvandringsbakgrunn.

Demografi

Alder og kjønn er demografiske variabler med stor betydning for forbruket av både helsetjenester og barnevernstjenester. For både helsetjenestene og barnevernstjenestene varierer omfanget og sammensetningen av tjenestene for ulike aldersgrupper. Det er for eksempel relativt lite bruk av psykisk helsevern for de yngste aldersgruppene, men dette endrer seg når barna kommer i tenårene, hvor forbruket da øker betydelig. Et lignende mønster ser man for omsorgsovertakelser i barnevernet¹⁹, hvor andelen er minst for de yngste barna, men øker når barna blir eldre og når en topp i 12-13 års-alderen. Det er også klare kjønnsforskjeller i både helsetjenesteforbruk og barnevern. Det er for eksempel generelt større forbruk av psykisk helsevern blant jenter, mens det er større bruk av omsorgsovertakelser for gutter. Disse alders og kjønnsforskjellene gjør det helt nødvendig å inkludere disse demografivariablene i analysene både som kontrollvariabler, men også som interessante analytiske dimensjoner i seg selv.

I analysene skilles kjønnene fra hverandre med en todelt kategorivariabel. For alder vil det være aktuelt å benytte både kategoriske aldersgrupperinger og alder som en kontinuerlig variabel i andre analyser. Dette bestemmes av om alder er en substansiell dimensjon i analysene der alder i seg selv er står sentralt, eller om alder benyttes som en kontrollvariabel for å få korrekte estimat på andre substansielt viktige variabler. I førstnevnte tilfellet, hvor man for eksempel ønsker å se på forbruk av helsetjenester for ulike aldersgrupper, så er det naturlig å behandle alder som en kategorivariabel med forskjellige alderskutt. I sistnevnte tilfelle, hvor alder inngår i for eksempel en regresjonsanalyse som kontrollvariabel, så benyttes alder som en kontinuerlig variabel.

10.2.5 Design og analyse

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke om barn og unge som har kontakt med barnevernet får den helsehjelpen de trenger. Men hva slags helsehjelp trenger de, og hva er et tilstrekkelig omfang? Dette er store spørsmål som ikke kan svares ut på en enkel måte. Det er derfor vi i dette prosjektet kombinerer

¹⁹ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/Omsorgsovertakelser>

ulike metodiske tilnærminger. I dette avsnittet vil vi beskrive hvordan vi benytter våre registerdata til å belyse disse spørsmålene.

Analyser av registerdata vil ikke kunne gi oss et direkte svar på om barn og unge med barnevernstjenester får den helsehjelpen de trenger. I stedet kan registerdata benyttes mer indirekte ved å sammenligne om helsehjelpen barn og unge med barnevernstjenester får er ulik helsehjelpen barn og unge uten barnevernstjenester får. Med registerdata kan vi altså si om barn innenfor barnevernet får de samme helsetjenestene som barn utenfor. Hvis barn og unge i barnevernet får vesentlig mindre helsehjelp enn de utenfor, så vil det være grunn til å betvile at de får den helsehjelpen de trenger.

Enda mer ambisiøst, så kan man med registerdata vurdere om barn som får barnevernstjenester får bedre tilgang til helsetjenester etter at de blir mottakere av barnevernstjenester, eller etter at de begynner å motta spesifikke barnevernstjenester. For eksempel, blir tilgangen til helsetjenester bedret ved omsorgsovertakelser, og er det forskjell på ulike typer omsorgsovertakelser? Dette er en problemstilling vi ikke dekker i denne rapporten, men som vil undersøkes i framtidig bruk av datamaterialet.

Forskningsdesign

Forskningsdesign handler om hvordan studien organiseres for å svare på forskningsspørsmålene. Avsnittet over har i detalj beskrevet hvilke registerdata som er innhentet til formålet. Her vil vi beskrive noen overordnede empiri-valg vi har tatt for å få oppnå svar som er mest mulig informative i forhold til problemstillingen.

Som nevnt, så vil vi sammenligne barn og unge med og uten barnevernstjenester for å svare på problemstillingene våre. Vi vil hovedsakelig gjøre to typer sammenligning. I den første typen sammenligning sammenlignes barnevernspopulasjonen med den tilsvarende aldersbegrensede populasjonen uten barnevernstjenester, noe som vil kunne gi et inntrykk av differansen mellom disse populasjonenes forbruk av helsetjenester. Selv om dette er interessante opplysninger i seg selv så vil svarene ha noen begrensninger, særlig i forhold til å fastslå hvorvidt barnevernet har en innflytelse på tilgangen til helsetjenester. Grunnen er at barnevernspopulasjonen langt fra er et tilfeldig utvalg fra den øvrige populasjonen, men er en spesielt marginalisert gruppe. Så for å få svar på om barnevernet har noe å si for tilgangen til helsetjenester så bør barnevernspopulasjonen sammenlignes med et mest mulig likt utvalg utenfor barnevernet. Det er dette vi vil prøve å oppnå i den andre typen sammenligning, og her spiller de sosioøkonomiske variablene en spesielt viktig rolle som vi vil komme tilbake til når vi diskuterer de spesifikke analysene i neste delkapittel.

Vi har innhentet mikrodata (individdata) som følger hele populasjonen av barn og unge i Norge fra de er 0 til de er 23 år. At vi følger individene over tid gjør at vi kan utnytte oss av fordelene ved det som kalles for kvasi-eksperimentelle design. De kalles kvasieksperimentelle design fordi de i likhet med eksperimentelle design observerer individ før, under og etter en intervensjon. Intervensjonen i denne studien er når barnevernet 'intervenerer' i barn og unges liv. Altså at de begynner å motta tjenester fra barnevernet. Men til forskjell fra eksperimentelle design er det ikke en tilfeldig/randomisert fordeling individer inn i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, det er derfor det får benevnelsen 'kvasi'-eksperiment. Det er mange ulike kvasieksperimentelle design, men vårt design faller inn under gruppen komparative paneldesign (eng: comparative panel design).

Dette designet har noen opplagte styrker sammenlignet med andre design. Det vil for eksempel kunne gi oss mye bedre svar enn et tradisjonelt 'før-under-og-etter design', hvor man da bare observerer barn i barnevern over tid uten et sammenligningsgrunnlag i den øvrige befolkningen. Man kunne fortsatt ha estimert betydningen av intervensjonen (barnevernets inngripen), men fordi helsetjenesteforbruket endrer seg mye med alderen så ville det ha vært vanskelig å bedømme om resultatet kunne tilskrives barnevernet eller barnets økende alder. Fordi vi har et sammenligningsgrunnlag også i den øvrige befolkningen så vil det være enklere å kontrollere for effekten av økende alder.

Statistikk og analyser

Det foregående avsnittet gav en generell begrunnelse for design-valg som ble gjort i innhenting og sammenstillingen av data. I dette avsnittet gis en beskrivelse av hvordan vi vil presentere våre registerdata, og hva slags statistiske teknikker vi benytter i analysene av data.

Som vanlig innledes den empiriske presentasjonen med deskriptiv statistikk for at leseren skal kunne få et overblikk over de data vi har innhentet. Fordi vi har innhentet et stort datamateriale vil vi ikke presentere alle deler av dette, men et utvalg som fokuserer på de mest sentrale dimensjonene. Avhengig av hva vi tror kommuniserer best, vil den deskriptive statistikken i noen tilfeller presenteres i tabellform, i andre tilfeller som figurer. I beskrivelsen av forskjeller mellom barn og unge med barnevernsbakgrunn og kontrollpopulasjoner vil vi enten benytte en t-test eller kji-kvadrattest for å vurdere om forskjellene er statistisk signifikante.

For å komme nærmere et svar på om barn og unge som mottar barnevernstjenester får den helsehjelpen de trenger, holder det imidlertid ikke å gjøre enkle deskriptive sammenligninger mellom helsetjenesteforbruket for barn og unge med barnevernstjenester, og barn som ikke mottar slike tjenester. Grunnen til dette er, som vi har vært inne på tidligere, at barnvernspopulasjonen ikke representerer et tilfeldig utvalg barn og unge fra populasjonen for øvrig, men er en spesielt marginalisert sosioøkonomisk gruppe. Dette er altså en gruppe som kan ha større behov, men dårligere tilgang til helsehjelp enn populasjonen for øvrig. Hvis analysene ikke tar høyde for dette så vil resultatene ha begrenset verdi. Poenget er at vi i tillegg til å sammenligne med den generelle barne- og ungdomspopulasjonen også ønsker å foreta en mer begrenset sammenligning i en del sammenhenger hvor sammenligningsgrunnlaget i større grad representerer en tilsvarende sosioøkonomisk marginalisert gruppe uten barnevernstiltak. Det er kun denne typen sammenligninger som vil kunne si om barn og unge med barnevernstiltak får mer eller mindre helsehjelp enn tilsvarende grupper uten tiltak får.

Vi vil forfølge ulike tilnærminger for å gjøre en mer fokusert sammenligning, men alle er basert multivariat analyse. I multivariat analyse kan vi bruke en rekke variabler (for eksempel barnevernsbakgrunn, kjønn, alder, inntekt og utdanning) samtidig i analysen av helsetjenesteforbruk. Det vi er mest opptatt av er resultatet for barnevernsvariabelen, men de andre variablene inngår også i analysen og beskrives da gjerne som kontrollvariabler eller uavhengige variabler. Inkluderingen av kontrollvariabler gjør at vi i stor grad isolerer effekten av barnevern fra variasjonen i kontrollvariablene. Vi får med andre ord i mye større grad rendyrket effekten av barnevern fra alle de andre forholdene som vi vet også vil påvirke behovet for, og bruken av helsehjelp.

Regresjonsanalyse er en multivariat teknikk for å redusere skjevheter som skyldes konfunderende variabler²⁰. En alternativ teknikk vi også vil benytte er matching. I likhet med regresjonsanalysen er formålet med matching å redusere betydningen av konfunderende variabler. Teknisk sett er fordelene med matching sammenlignet med regresjonsanalyse at matching er en ikke-parametrisk teknikk, noe som betyr at den ikke baseres på forutsetninger om de underliggende fordelingene til variablene. Teknikken går litt forenklet beskrevet ut på å identifisere observasjoner i en kontrollpopulasjon (barn og unge uten barnevernstiltak) som er lik observasjonene i en testpopulasjon (barn og unge med barnevernstiltak). Ved å sammenligne et slikt selektert utvalg som er lik på sentrale konfunderende variabler som alder, kjønn, inntekt og utdanning, så vil man i større grad kunne isolere effekten av barnevernstiltakene på behovet og forbruket av helsetjenester fra skjevheter i fordelingen av disse bakenforliggende variablene mellom de to populasjonene.

²⁰ En konfunderende variabel er en variabel som er uavhengig av både den uavhengige variabelen og den avhengige variabelen i en regresjonsmodell, men som kan påvirke forholdet mellom dem. Dette kan føre til at man trekker feilaktige konklusjoner om forholdet mellom de to variablene, og det er derfor ønskelig å kontrollere for konfundering i analysene (kjønn, alder og sosioøkonomi er typisk konfunderende variabler som er målbare).

Ulike typer regresjonsanalyse vil bli benyttet avhengig av data-strukturen. Utfallsmål som er kontinuerlige, binære eller har flere kategorier krever ulike typer regresjonsanalyser. For regresjonsanalysene presenterer vi koeffisienter, p-verdier/z-score og 95 % konfidensintervall. Logistiske regresjoner benyttes ved binære utfallsmål. Her presenteres koeffisientene som odds ratio (OR). I multinomiske regresjoner som benyttes i analysen av kategoriske variabler på nominalnivå med flere kategorier så presenteres koeffisientene med relative risk ratio (RRR). OR eller RRR > 1 indikerer at eksponering for risikofaktoren øker risikoen for utfallet. Jo høyere OR/RRR, desto sterkere er sammenhengen. OR/RRR = 1 betyr at det ikke er forskjell mellom gruppene som sammenliknes, og OR/RRR <1 betyr en redusert risiko for utfallet. Vi har også gjort en del t-tester eller kji-kvadrat-tester av det deskriptive materialet, og da kommenterer vi dette i teksten.

I de fleste regresjonene har vi benyttet en metode som tar hensyn til at vi har flere observasjoner per individ, som kan være korrelerte, og der beregningen av standardfeil (mål på usikkerhet knyttet til estimatene) gjøres på en måte som korrigerer for dette (cluster). Uten en slik korreksjon, vil man få økt sannsynlighet for signifikante funn (dvs. at konfidensintervallene blir smalere uten korreksjon). Vi reduserer dermed sannsynligheten for at vi vi feilaktig sier at det er en sammenheng mellom variablene.

Propensity score matching (tilbøyelighetskår-matching) er kanskje den mest kjente formen for matching, men denne teknikken er primært innrettet mot variabler med kontinuerlige fordelinger. Som nevnt ovenfor har vi tilrettelagt de sosioøkonomiske variablene som kategori-variabler og da er det som kalles eksakt matching en bedre teknikk. Denne teknikken går, som navnet antyder, ut på å finne observasjoner i kontrollpopulasjonen som har eksakt de samme verdiene på kontrollvariablene. I og med at vi har en relativt liten testpopulasjon (barnevernspopulasjonen) i forhold til kontrollpopulasjonen, samt at vi har et relativt begrenset antall kategoriske kontrollvariabler så er dette en ideell situasjon for slik eksakt matching fordi det vil finnes mange observasjoner i kontrollpopulasjonen som er helt lik en stor andel av observasjonene i barnevernspopulasjonen. Observasjoner i kontrollpopulasjonen eller i barnevernspopulasjonen uten en match faller ut av analysen. Videre vil vektning av observasjonene i begge populasjonene ta høyde for at det generelt er mange flere observasjoner i kontrollpopulasjonen enn i barnevernspopulasjonen.

Tabell 10-3 gir en oversikt over hvor mange individ fra de to populasjonene som har blitt matchet opp. Av tabellen kan en se det også er en andel av barnevernspopulasjonen som ikke har blitt matchet opp. Dette skyldes at vi i tillegg til å kreve en eksakt match på kontrollvariablene i kontrollpopulasjonen også har stilt krav til en eksakt match i tidsseriene. Det er med andre ord ikke nok at de har samme alder, kjønn, familie og utdannings- og inntektsbakgrunn, men disse observasjonene må også tilhøre samme årgang. Disse strenge kriteriene sikrer at vi da i størst mulig grad sammenligner personer med barnevernsbakgrunn med individ med tilsvarende bakgrunn fra kontrollpopulasjonen.

Tabell 10-3 Fordeling av matchede individ fra barnevernspopulasjon og kontrollpopulasjon

	Matchede individ		
	Ja	Nei	Totalt
<i>Barnevern</i>	58924	43453	102377
<i>Kontrollpopulasjon</i>	645195	677799	1322994
<i>Totalt</i>	704119	721252	1425371

Avslutningsvis i dette kapitlet kan det være på sin plass å kommentere bruken av signifikanstester. I analysene av registerdata som presenteres i denne rapporten benyttes det som allerede nevnt en rekke signifikanstester som for eksempel kji-kvadrattester, z- og t-tester. Dette er helt i tråd med vanlig praksis i presentasjonen av kvantitative analyser. Hensikten med signifikanstester er å vurdere om resultater som fremkommer i analyser av utvalg trukket fra en større populasjon kan generaliseres tilbake til populasjonen. Hensikten er altså å vurdere resultatenes utsagnskraft på populasjonen. Men fordi vi har hentet ut populasjonsdata – altså komplette data for hele populasjonen for de aktuelle årene så mister disse signifikanstestene noe av sin opprinnelige betydning da resultatene som fremkommer ikke kan oppstå gjennom tilfeldigheter i trekkingen av utvalgene. Det betyr at man kan ha tillit til at resultatene som presenteres her ikke er påvirket av vanlig utvalgsproblematikk. Når vi allikevel presenterer signifikanstester og konfidensintervall så er dette for å gi leseren et inntrykk av spredningen i estimatenes teoretiske utvalgsfordeling. En kan dessuten argumentere for at også våre populasjonsdata er et tidsmessig utvalg og at signifikanstestene kan si oss noe om resultatenes utsagnskraft overfor andre tidsperioder.

10.3 Beskrivelse av barnevernspopulasjonen og den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen

Dette delkapitlet beskriver barnevernspopulasjonen og den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen (kontrollpopulasjonen) som vi har innhentet data på. Fokuset her vil være på de sosioøkonomiske bakgrunnsvariablene og forskjeller i disse mellom populasjonene. Som vi har antydnet tidligere så forventer vi å finne til dels betydelige forskjeller mellom barnevernspopulasjonen og kontrollpopulasjonen fordi tidligere studier har vist at barn og unge med bakgrunn fra barnevernet er en spesielt sosioøkonomisk marginalisert gruppe (Kojan & Storhaug, 2021). I dette prosjektet er de sosioøkonomiske variablene interessante fordi de samvarierer med helse, helsetjenestebehov og forbruk av helsetjenester.

Tabell 10-4 Deskriptiv statistikk av barnevernspopulasjon og kontrollpopulasjon i 2019.

Variabel	Barnevernspopulasjon		Kontrollpopulasjon		Signifikant diff - Pearson Kji2 (P)
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	
Kjønn					0,000
Mann	29654	55,25	1119041	51,04	
Kvinne	24023	44,75	1073519	48,96	
<i>Totalt</i>	53677	100	2192560	100	
Vestlig landbakgrunn					0,000
Ja	33668	62,72	1758624	80,21	
Nei	20009	37,28	433936	19,79	
<i>Totalt</i>	53677	100	2192560	100	
Utdanning					0,000
Lav	19791	36,87	373380	17,03	
Medium	20605	38,39	694954	31,70	
Høy	13281	24,74	1124226	51,27	
<i>Totalt</i>	53677	100	2192560	100	
Inntekt					0,000
Lav	16678	31,18	286944	14,20	
Medium	36360	67,99	1659216	82,14	
Høy	443	0,83	73932	3,66	
<i>Totalt</i>	53481	100	2020092	100	

Tabell 10-4 presenterer deskriptiv statistikk for kjønn, vestlig landbakgrunn (som inkluderer Norge, andre EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand), utdanning og inntekt for året 2019. Kjønnsbalansen i barnevernspopulasjonen viser at flere gutter enn jenter mottar tjenester. Det er også en marginal overvekt av gutter i kontrollpopulasjonen, men kji-kvadrattesten viser at det er signifikant forskjell i kjønnsbalansen mellom de to utvalgene. Tabellen viser videre at det er en vesentlig forskjell i andelen med en vestlig landbakgrunn, med en langt lavere andel i barnevernspopulasjonen. Også for utdanning er det klare forskjeller med mer enn to ganger så høy andel med lav utdanning og en tilsvarende lavere andel med høy utdanning for barnevernspopulasjonen. Det samme mønsteret gjelder for inntekt hvor det prosentvis er mer enn dobbelt så mange i barnevernspopulasjonen som lever i husstander med lavinntekt sammenlignet med populasjonen for øvrig. Dette betyr at det også er vesentlig lavere andeler i mellom- og høyinntekskategoriene. Samtlige av de beskrevne forskjellene i sosioøkonomiske mål er klart signifikante.

Tabell 10-5 Deskriptiv statistikk. Kjønn (for populasjonen representert i 2013-2020), aldersfordeling i 2019 og individenes høyest fullførte utdanning i perioden 2013-2020 (kort=bachelor, lang=master/ph.d.). Antall og andel (%) i barnevernspopulasjon og kontrollpopulasjon.

	Barnevern		Kontrollpopulasjon	
	Antall	%	Antall	%
Kjønn (perioden 2013-2020)				
Kvinne	192666	44,9	8868966	49,0
Mann	236188	55,1	9245932	51,0
Totalt	428854	100,0	18114898	100,0
Aldersfordeling i 2019				
0-5 år	8655	15,9	352316	16,2
6-9 år	11575	21,3	256994	11,8
10-13 år	12836	23,7	260831	12,0
14-16 år	10167	18,7	185386	8,5
17-18 år	5989	11,0	122692	5,6
19-23 år	5038	9,3	343353	15,8
24-29 år	1	0,0	479167	22,0
30 år og eldre	4	0,0	175836	8,1
Totalt	54265	100,0	2176575	100,0
Høyeste fullførte utdanning per individ i perioden 2013-2020				
Ingen eller uoppgitt utdanning	4436	1,0	120949	0,7
Grunnskole	133468	31,1	1479504	8,2
Videregående skole	155264	36,2	5023837	27,7
Fagskole	14556	3,4	680137	3,8
Høyere utdanning, kort	73841	17,2	5998900	33,1
Høyere utdanning, lang	22437	5,2	3148647	17,4
Missing	24852	5,8	1662924	9,2
Totalt	428854	100,0	18114898	100,0

Tabell 10-5 over gir en oversikt over kjønnsfordelingen for hele perioden for de to populasjonene, en mer detaljert oversikt over aldersfordelingen i 2019 og høyeste fullførte utdanning hos foreldrene over hele perioden.

10.4 Beskrivelse av pasientpopulasjonene 2013-2020

I tabell 10-6 på neste side beskriver vi de ulike pasientpopulasjonene med utgangspunkt i alle pasienter i totalpopulasjonen vår som har vært i kontakt med hhv. psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHV-V), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatiske spesialisthelsetjenester og besøk hos fastlege/legevakt. Vi har inkludert antall og andeler i populasjonene for variablene kjønn, alderskategorier i 2019 (siste år med full populasjon) og høyest fullførte utdanning (i hele perioden). Vi har skilt mellom hele pasientpopulasjonen i den respektive sektor og pasienter som en eller annen gang i denne perioden har blitt registrert i barnevernsdata (i kategoriene institusjon, fosterhjem, beredskapshjem, Kostra251 (tiltak uten plassering), Kostra252 (plasseringstiltak), eller hjelpetiltak ihht. SSB sin definisjon²¹).

Kjønns sammensetningen er ulik i de ulike sektorene. Det er litt høyere andel gutter i PHBU (52 %) – og andelen gutter i kontakt med barnevernet som har vært innom PHBU i perioden er 55 %. I PHV-V er det en høyere andel kvinner (59 %) enn menn, og det er også flere kvinner i kontakt med barnevernet blant pasientene (56 %). Det er langt flere menn enn kvinner som er til behandling i TSB (66 % menn) og her var andelen menn i kontakt med barnevernet 59 prosent. Nesten hele populasjonen vår er registrert med somatiske helsetjenester i en eller annen form i perioden, og her var kjønnsfordelingen 50/50 i totalpopulasjonen, mens det var flere menn (54 %) enn kvinner i barneverns populasjonen. Nesten samtlige har hatt et fastlegebesøk i perioden, og her var det 51 prosent kvinner i totalpopulasjonen, mens det var en litt lavere andel kvinner (45 %) som hadde vært i kontakt med barnevernet.

Også alderssammensetningen varierer naturlig nok med hvilken sektor vi studerer, der PHBU i langt større grad også inkluderer små barn. Selv om både PHV-V og TSB retter seg mot personer fra 18 år og oppover, er gjennomsnittsalderen i TSB høyere enn i PHV, noe som også framkommer av andelen. Ettersom barnevernet i liten grad følger opp unge voksne over 23 år i den perioden vi studerer, ser vi at barneverns populasjonen i snitt er yngre enn øvrig populasjon i både PHV-V og TSB (i 2021 kom en endring der flere nå følges opp opptil 25 år). Somatikk og fastlege/legevakt speiler i stor grad totalpopulasjonen siden de fleste inngår. I de fleste analysene har vi avgrenset populasjonen til å gjelde unge under 24 år.

Når det gjelder utdanning er det gjennomgående slik at siden barneverns populasjonen er yngre enn totalpopulasjonen vil de ligge naturlig lavere enn totalpopulasjonen. En regresjonsanalyse i PHV-V av sammenhengen mellom utdanning og det å ha vært i kontakt med barnevernet blant personer under 24 år, viste at de som hadde vært i kontakt med barnevernet i mindre grad fullførte videregående eller høyere utdanning (avhengig variabel, målt kontinuerlig), sammenliknet med de som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet (dikotom for om man har vært i kontakt med barnevernet eller ikke). I analysen kontrollerte vi for kjønn, alder og om man hadde vært i poliklinisk eller døgn-behandling. Sammenhengen var statistisk signifikant på <1% nivå (Koeff -0,40, 95% CI -0,41 - -0,39). Den negative sammenhengen var enda litt sterkere ved å kjøre samme analyse på hhv. somatikkpasienter og fastlegepopulasjonen (da i tillegg betinget på at man minst hadde gjennomført grunnskolen, for å ekskludere de minste).

Vi gjorde også en tilsvarende regresjon der vi sammenliknet barneverns populasjonen med personer i den øvrige populasjonen som hadde mange av de samme karakteristikaene som barneverns populasjonen (vektet regresjon basert på matchede vekter). Her var sammenhengen i PHV-V motsatt; de som hadde hatt oppfølging fra barnevernet hadde marginalt høyere sannsynlighet for å gjennomføre videregående skole, enn unge med tilsvarende karakteristika som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet (Koeff 0,25, 95% CI 0,24-0,25).

²¹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

Tabell 10-6 Beskrivelse av pasienter i kontakt med hhv. psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHV-V), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Somatikk og fastlegetjenester/legevakt. Kjønn (for populasjonen representert i 2013-2020), aldersfordeling i 2019 og høyest fullførte utdanning i perioden 2013-2020 (kort=bachelor, lang=master/ph.d.). Antall og andel (%).

	PHBU			PHV-V			TSB			Somatikk			Fastlege							
	Antall	%	Kontakt med BV (antall/andel)	Antall	%	Kontakt med BV	Antall	%	Kontakt med BV	Antall	%	Kontakt med BV (antall/andel)	Antall	%	Kontakt med BV					
Kjønn (perioden 2013-2020)																				
Kvinne	94249	48	21801	45	118412	59	4785	56	8836	34	948	41	922152	50	38218	46	1092610	51	59890	45
Mann	100773	52	26542	55	82054	41	3794	44	16810	66	1369	59	917369	50	45585	54	1139929	49	71866	55
Totalt	195022	100	48343	100	200466	100	8579	100	25646	100	2317	100	1839521	100	83803	100	2232539	100	131756	100
Aldersfordeling i 2019																				
0-5 år	3807	6,6	775	6,0	64	0,1	4	0,2	44	0,4	36	7,4	159296	20	4115	19,1	31545	2,1	8698	20,5
6-9 år	10166	17,6	2382	18,4	96	0,1	24	1,2	2	0,0	2	0,4	80573	10	4476	20,8	189103	12,5	9634	22,7
10-13 år	16897	29,2	3809	29,5	198	0,3	32	1,6	7	0,1	1	0,2	79089	10	4692	21,8	210034	13,9	10899	25,7
14-16 år	15587	27,0	3829	29,6	420	0,5	142	7,3	73	0,7	47	9,6	60272	8	3884	18,0	165172	10,9	9197	21,7
17-18 år	9609	16,6	1962	15,2	3335	4,3	533	27,3	335	3,2	153	31,4	42475	5	2467	11,4	115518	7,6	494	1,2
19-23 år	1327	2,3	176	1,4	25102	32,7	1218	62,4	2615	25,3	249	51,0	111237	14	1913	8,9	281183	18,6	3438	8,1
24-29 år	266	0,5	0	0,0	32481	42,3	0	0	4706	45,6	0	0,0	164584	21	0	0,0	366466	24,2	1	0,0
30 år og eldre	132	0,2	0	0,0	15129	19,7	0	0	2546	24,7	0	0,0	92403	12	0	0	156499	10,3	0	0,0
Totalt	57791	100	12933	100	76825	100	1953	100	10328	100	488	100	789929	100	21547	100	1515520	100	42361	100
Høyeste fullførte utdanning per individ i perioden 2013-2020																				
Ingen eller uoppgitt utdanning	208	0,1	61	0,1	1182	0,59	44	0,5	178	0,69	7	0,3	6065	0,33	132	0,2	9571	0,4	212	0,2
Grunnskole	74037	38,0	21733	45,0	76657	38,2	6369	74,2	15452	60,3	1822	78,6	341627	18,6	28726	34,3	420496	18,8	44437	33,7
Videregående skole	26275	13,5	3896	8,1	59250	29,6	1417	16,5	6244	24,3	233	10,1	315894	17,2	6592	7,9	387176	17,3	11077	8,4
Fagskole	660	0,3	81	0,2	3897	1,9	39	0,5	356	1,4	5	0,2	20473	1,1	132	0,2	25034	1,1	226	0,2
Høyere utdanning, kort	6,43	0,0	482	1,0	44837	22,4	263	3,1	2505	9,8	33	1,4	241963	13,2	1030	1,2	292971	13,1	1844	1,4
Høyere utdanning, lang	329	0,2	17	0,0	11428	5,7	19	0,2	442	1,7	0	0,0	82468	4,5	55	0,1	104970	4,7	105	0,1
Missing	87083	44,7	22073	45,7	3215	1,6	428	5,0	469	1,8	217	9,4	831031	45,2	47136	56,2	992321	44,4	73855	56,1
Totalt	195022	100	48343	100	200466	100	8579	100	25646	100	2317	100	1839521	100	83803	100	2232539	100,0	131756	100

10.5 Henvisning til psykisk helsevern

Et av forskningsspørsmålene i prosjektet har vært å undersøke hvem som er viktigste henviser til psykisk helsevern (PHBU og PHV-V), og om det er systematiske forskjeller i hvem som henviser basert på om man har vært i kontakt med barnevernet eller ikke. I figurene under viser vi hvordan henvisningene fordelte seg andelsmessig (%) på de største kategoriene. Henvisninger registreres på mottaksdato (den dagen henvisningen er mottatt av institusjonen). Vi har benyttet unike mottaksdatoer for henvisningene for å beregne antall henvisninger i perioden, innenfor den enkelte sektor. Videre har vi kjørt en multinomisk logistisk regresjon med de ulike henvisningskategoriene som avhengig variabel (også kalt utfallsvariabel/det vi studerer sammenhengene for), og det å ha vært i kontakt med barnevernet eller ikke i løpet av perioden som uavhengig variabel. Vi har også kontrollert for kjønn, alder, innvandring og utdanningsnivå hos barnet, samt foreldrenes utdanning, i regresjonsanalysene der vi sammenlikner ulike henvisningskategorier. I regresjonsanalysene der vi ser på sannsynlighet for henvisning, sammenlikner vi barn i barnevernet med barn i den øvrige pasientpopulasjonen som har like bakgrunns-karakteristika som barna i barnevernet.

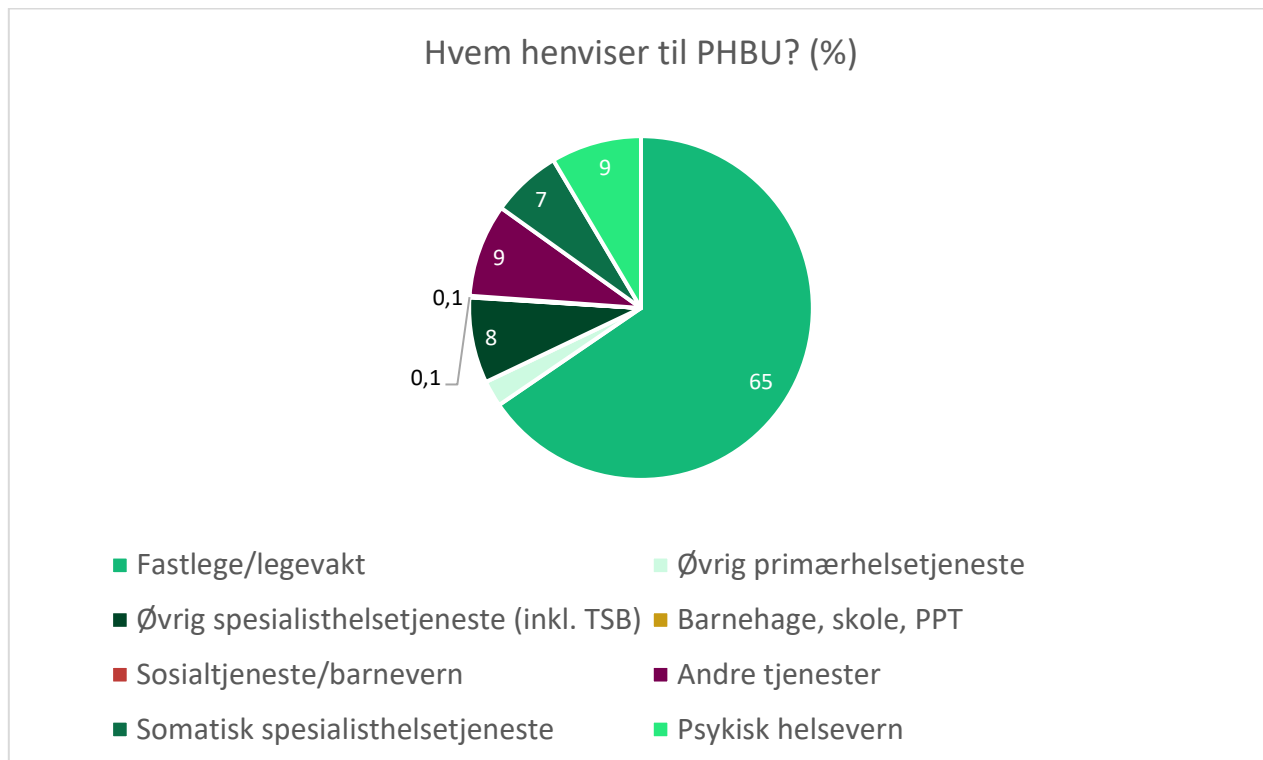
Vi gjør oppmerksom på at beregningene er gjort for offentlige spesialisthelsetjenester, og at tallene som handler om henvisninger ikke inkluderer private avtalespesialister i denne sammenheng.

10.5.1 Henvisninger til PHBU

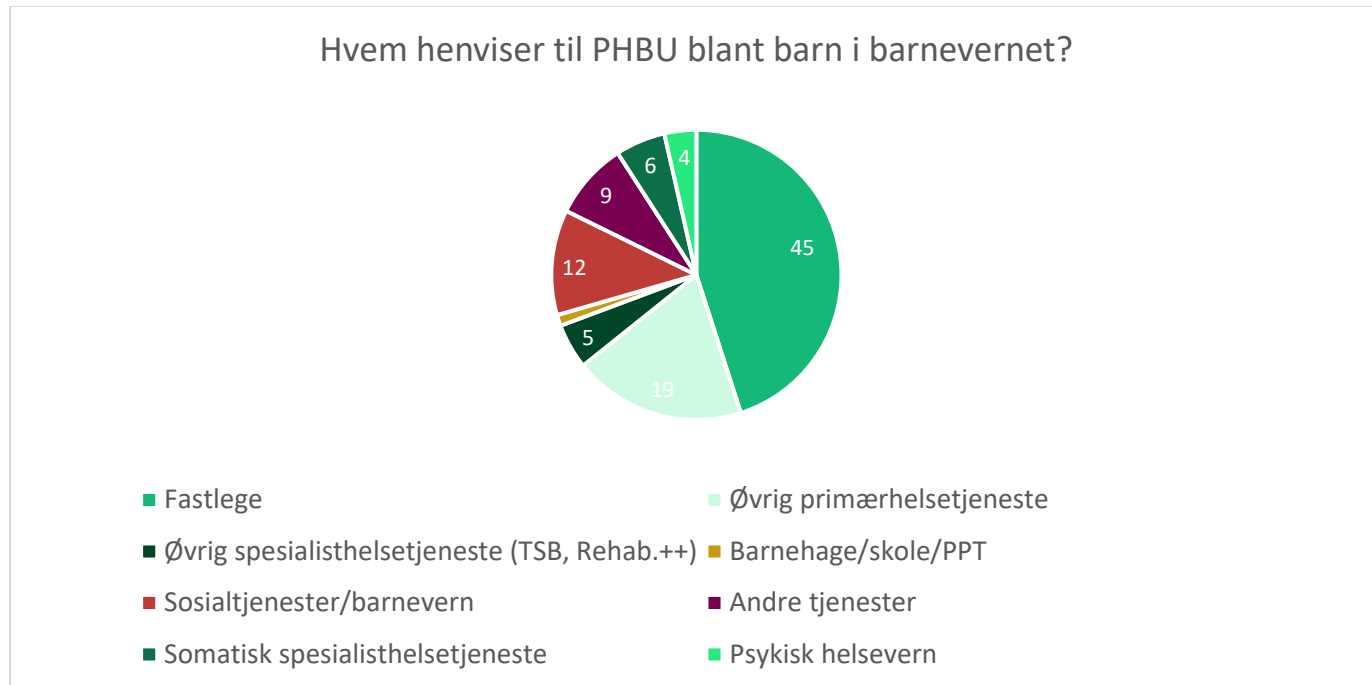
Figur 10-6 viser at det for hele PHBU-populasjonen i 65 prosent av tilfellene er fastlege/legevakt som var henvisende instans til PHBU. Dernest fulgte psykisk helsetjeneste (internhenvisning i PHBU), andre tjenester, øvrig spesialisthelsetjeneste, og somatikk. Barnehage/skole/PPT og sosiale tjenester sto for en veldig liten andel av henvisningene (0,1%). I neste figur har vi gjort den samme fremstillingen, men nå selektert kun på de som i løpet av perioden 2013 til 2020 hadde en eller annen form for kontakt med barnevernet. Her ser vi at over halvparten av barna henvises til PHBU fra andre instanser enn fastlegen (45 %). Øvrig primærhelsetjeneste står for nesten 1 av 5 henvisninger av barna i barnevernet, mens denne andelen var betydelig mindre når vi ser hele PHBU-populasjonen under ett. Tolv prosent av henvisningene gikk fra sosialtjenester/barnevern. Denne deskriptive framstillingen illustrerer at barna i barnevernet sannsynligvis er i kontakt med, og fanges opp av, flere tjenester enn totalpopulasjonen.

I regresjonene har vi benyttet en metode som tar hensyn til at vi har flere observasjoner per individ, som kan være korrelerte, og der beregningen av standardfeil (dvs. usikkerhet knyttet til estimatene) gjøres på en måte som korrigerer for dette. Uten en slik korreksjon, vil man ha økt sannsynlighet for signifikante funn (smalere konfidensintervall uten korreksjon). Vi reduserer dermed sannsynligheten for at vi feilaktig sier at det er en sammenheng mellom variablene.

Videre har gjennomført to ulike typer regresjonsanalyse, som presenteres i tabell 10-7 og tabell 10-8. Resultatene fra analysene sier noe om forskjellen i sannsynlighet for å bli henvist fra andre instanser enn fastlegen, avhengig av om man har vært i kontakt med barnevernet eller ikke i løpet av observasjonsperioden (2013-2020).



Figur 10-1 Andel (%) av alle henvisninger til PHBU i perioden 2013-2020 fordelt på henvisende instans. N = 246555 unike henvisninger (basert på mottaksdato for henvisning og ekskl. missing (ca. 30%)).



Figur 10-2 Andel (%) av alle henvisninger til PHBU blant barn i kontakt med barnevernet i perioden 2013-2020 fordelt på henvisende instans. N = 61554 unike henvisninger (basert på mottaksdato for henvisning, ekskl. missing (ca. 30 %)).

Tabell 10-7 Multinomisk logistisk regresjon med henvisende instans til PHBU som avhengig variabel, kontakt med barnevernet i løpet av perioden som uavhengig variabel. Kontrollert for kjønn, alder, innvandrere, utdanning og foreldres utdanning. Regresjonen er kjørt for personer under 24 år. Relative Risk Ratioer (RRR) presenteres kun for uavhengig variabel (barnevern/ikke barnevern), ikke for kontrollvariabler. Z-score og 95 % konfidensintervall. Fastlege er referansekategori i avhengig variabel.

Henvisningsinstans (avhengig variabel)	RRR	Z	95 % CI	
			LAV	HØY
Fastlege	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Øvrig primærhelsetjeneste	3,10	256,90	3,04	3,09
Øvrig spesialisthelsetjeneste (TSB, Rehab.++)	2,30	162,80	2,25	2,30
Barnehage/skole/PPT	1,13	13,21	1,11	1,15
Sosialtjenester/barnevern	11,02	392,92	10,89	11,16
Andre tjenester	1,91	133,34	1,89	1,93
Somatisk spesialisthelsetjeneste	1,63	90,29	1,61	1,64
Psykisk helsevern	2,39	121,00	2,36	2,42

Fastlege er, som figurene over viste, den største henvisende instansen, og vi valgte derfor dette som referansekategori i avhengig variabel som her er henvisningsinstans. De øvrige instansene sammenliknes altså med det å bli henvist fra fastlegen. Regresjonsanalysene presentert i tabell 10-7, viser at personer som i løpet av perioden var i kontakt med barnevernet har flere ganger forhøyet sannsynlighet for å bli henvist av andre instanser enn fastlege. Personer i kontakt med barnevernet i løpet av perioden har for eksempel 2,6 ganger så høy risiko for å bli henvist fra øvrig primærhelsetjeneste, sammenliknet med de som ikke har vært i kontakt med barnevernet. Vi ser også at de som er i kontakt med barnevernet, naturlig nok, har mye høyere sannsynlighet for å bli henvist av sosiale tjenester/barnevern (sammenliknet med fastlegen), enn den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen. Det er relativt liten forskjell på henvisning fra barnehage/skole/PPT mellom barnevern/ikke barnevern, selv om også denne er litt forhøyet for barn i kontakt med barnevernet. Sistnevnte estimat må tolkes med omhu, da denne kategorien er liten/har få henvisninger, sammenliknet med de andre kategoriene som også typisk har flere henvisende faggrupper ansatt (for eksempel lege/psykolog).

I tabell 10-8 har vi av pedagogiske hensyn valgt å kun presentere risikomålet (RRR), uten z-scoren og konfidensintervallene (alle sammenhenger var statistisk signifikante ved <1 % signifikansnivå). I denne regresjonsanalysen har vi valgt å inkludere variabler for om man har hatt de spesifikke tiltakene institusjon, fosterhjem, beredskapshjem eller tiltak uten plassering (Kostra251) i løpet av perioden (i stedet for å studere barnevern/ikke barnevern). Også her viste resultatene at det stort sett var sterkt forhøyet sannsynlighet for å bli henvist fra andre instanser, sammenliknet med fastlege, hvis man har hatt de ulike barnevernstiltakene. Sosiale tjenester utmerket seg, der vi ser at det å være ved institusjon eller fosterhjem mangedobler sannsynligheten for at man blir henvist fra sosiale tjenester/barnevern, sammenliknet med fastlegen. I denne analysen var det litt lavere risiko (<1) for å henvises fra barnehage/skole, men igjen må disse estimatene tolkes med omhu fordi kategorien er marginal.

Tabell 10-8 Multinomisk logistisk regresjon med henvisende instans til PHBU som avhengige variabler, kontakt med ulike typer instanser i barnevernet i løpet av perioden som uavhengige variabler. Kontrollert for kjønn, alder, innvandrere, utdanning og foreldres utdanning. Regresjonene er kjørt for personer under 24 år. Relative Risk Ratioer (RRR) presenteres kun for uavhengige variabler (barneverns kategorier) ikke for kontrollvariablene. Fastlege er referansekategori i avhengig variabel. Alle sammenhenger er statistisk signifikante ved <1% signifikansnivå.

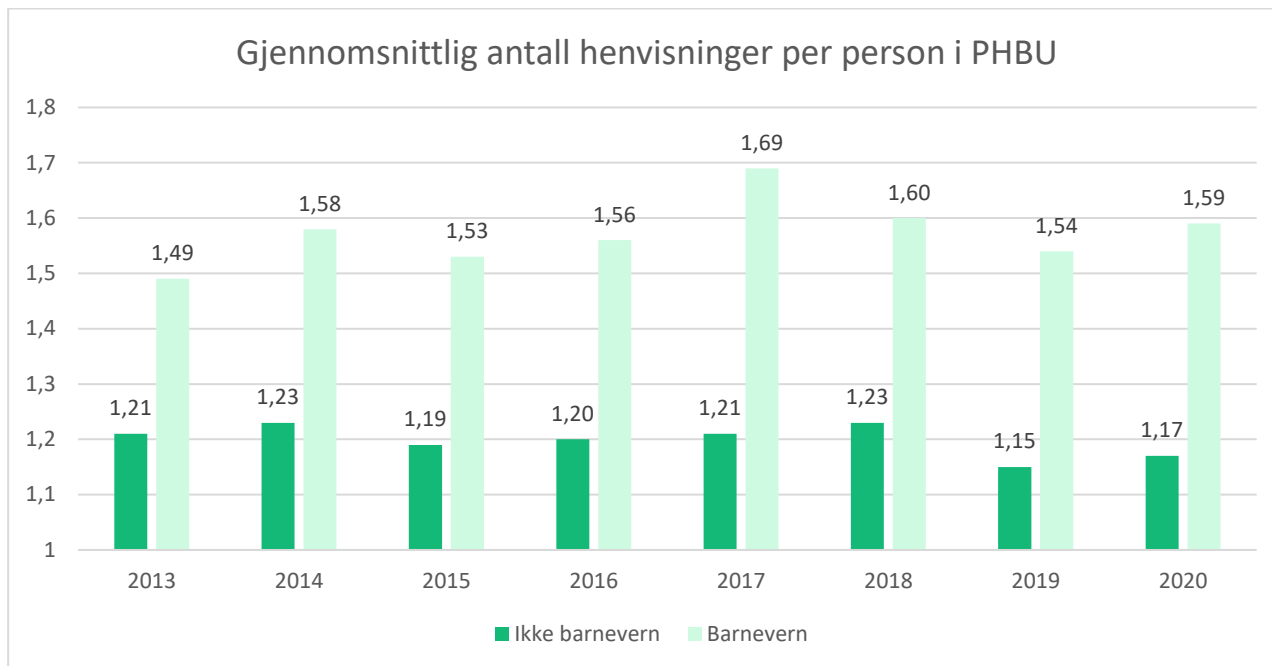
Henvissingsinstans (avhengig variabel)	Institusjon	Fosterhjem	Beredskapshjem	Kostra251 (tiltak uten plassering)
Fastlege	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Øvrig primærhelsetjeneste	2,59	6,00	3,90	2,78
Øvrig spesialisthelsetjeneste (TSB, Rehabilitering mv.)	3,26	3,04	1,78	2,09
Barnehage/skole/PPT	0,71	0,86	0,72	1,17
Sosialtjenester/barnevern	11,60	24,85	7,19	8,93
Andre tjenester	2,71	2,89	1,55	1,73
Somatisk spesialisthelsetjeneste	3,09	2,19	1,39	1,42
Psykisk helsevern	4,21	3,72	2,92	2,05

Alt i alt kan vi tolke disse analysene dithen at det å være i kontakt med barnevernet øker sannsynligheten for at man henvises også fra andre instanser enn fastlegen.

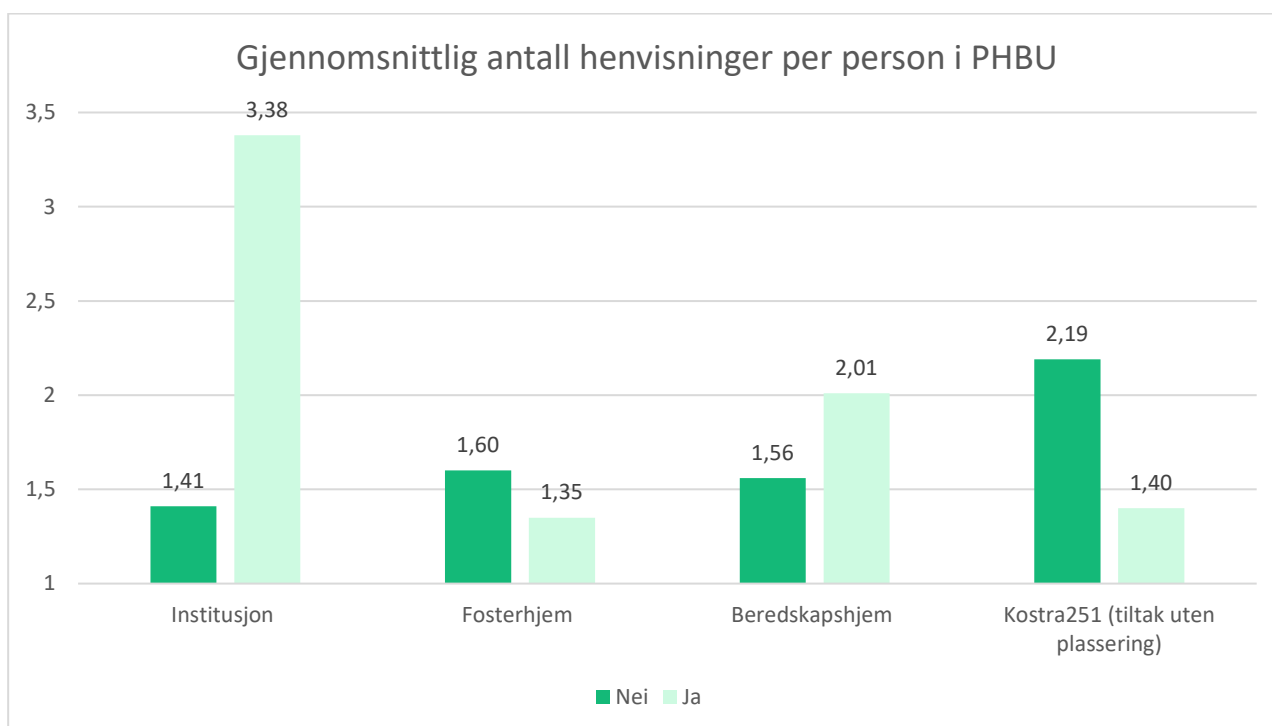
Sannsynlighet for å henvises (og re-henvises) til PHBU

Vi har videre beregnet antall henvisninger til PHBU per person per år, basert på unike mottaksdatoer i aktivitetsfilene (figur 10-3). Hvis vi studerer utviklingen i perioden 2013-2020, ser vi at gjennomsnittlig antall henvisninger per år per person har ligget relativt stabilt på rundt ca. 1,3, når vi bare teller med pasienter som har hatt minst én henvisning innen året. Videre har vi testet om det er forskjeller i gjennomsnitt mellom de som har vært i kontakt med barnevernet eller ikke (uavhengig av type tiltak) det enkelte år. Resultatene er presentert i figuren under. T-testene viste at forskjellene mellom de to gruppene var signifikante for alle år.

Vi gjorde samme beregning av gjennomsnittlig antall henvisninger per pasient i PHBU innenfor ulike barneverns kategorier (institusjon, fosterhjem, beredskapshjem og Kostra251 (tiltak uten plassering), se figur 10-4), samtidig som vi avgrenset populasjonen til å gjelde bare de som hadde vært i barnevernet samme år. Her sammenliknes altså for eksempel de som har vært på institusjon med de som har hatt andre barnevernstiltak (kategoriene er gjensidig utelukkende) innad i pasientpopulasjonen. Vi ser at barn og unge i institusjon i gjennomsnitt har flere henvisninger enn barn i barnevernet som ikke har vært på institusjon.



Figur 10-3 Gjennomsnittlig antall henvisninger per år per pasient, gitt at man har hatt minst én henvisning innen året. Sammenlikning av populasjonene som har vært i kontakt med barnevern og ikke det enkelte år. Sammenhengene er t-testet og funnet signifikante for alle år ved <1 % signifikansnivå.



Figur 10-4 Gjennomsnittlig antall henvisninger per år per pasient som har hatt kontakt med barnevernet, gitt at man har hatt minst én henvisning til PHBU innen året. Sammenlikning av populasjonene som har vært i kontakt med ulike typer barnevern og ikke det enkelte år. Sammenhengene er t-testet og funnet signifikante for alle kategorier ved <1 % signifikansnivå.

For PHBU-pasientene har vi også kjørt regresjonsanalyser der vi har brukt antall henvisninger per person per år i hver sektor (her PHBU) som avhengig variabel, og studert hvordan dette samvarierer med det å ha barnevernstiltak eller ikke (se tabell 10-9). Hvis man har flere henvisninger per år, blir dette også et mål på rehenvisning, eller reinnleggelse (hvis det er snakk om døgnbehandling), som var en av problemstillingene vi skulle undersøke i prosjektet. I disse analysene tar vi også hensyn til at vi har flere observasjoner per individ over tid (som kan være korrelerte), og har gjort beregningene av standardfeil (dvs. usikkerhet knyttet til estimatene) på en måte som korrigerer for dette.

Først har vi kjørt en regresjonsmodell der vi studerer henvisninger per år (avhengig variabel, kontinuerlig skala) i tilfeller der personen har minst én henvisning, og der det å ha vært i kontakt med barnevernet er uavhengig variabel. Modellen inkluderte også vektorer (se metodedel om kontrollpopulasjons-matching) som gjør at vi sammenlikner barn i barnevernet med barn i den øvrige pasientpopulasjonen som ikke har vært i barnevernet, men som likner på barna i barnevernet på mange karakteristika som handler om kjønn, alder, familiesammensetning og foreldres utdanning og inntekt (mv., se metodedel om matching). Resultatene viste at barna som hadde vært i barnevernet hadde signifikant flere henvisninger til PHBU per år, enn sammenlikningspopulasjonen (Koeff. 0,21, $t = 4,88$, 95 % CI 0,12 – 0,29). Dette indikerer at de rehenvises oftere enn andre barn innen denne sektoren.

I neste regresjonsmodell gikk vi nærmere inn på sammenhengen mellom antall henvisninger per år og det å ha ulike typer barnevernstiltak. Også her har vi sammenliknet med barn og unge i øvrig pasientpopulasjon som har like bakgrunns-karakteristika som barna i barnevernet, men som ikke har hatt noen barnevernstiltak. Resultatene presenteres i tabellen under, og viser at barn i institusjon har den høyeste koeffisienten med gjennomsnittlig ca. to ganger flere henvisninger per år, sammenliknet med de som ikke har vært i institusjon. Det er tilsvarende signifikante (positive) sammenhenger når det gjelder fosterhjem og tiltak uten plassering, men med lavere koeffisienter. Beredskapshjem gjelder relativt få personer, og her var sammenhengen ikke statistisk signifikant (t -verdi < 2).

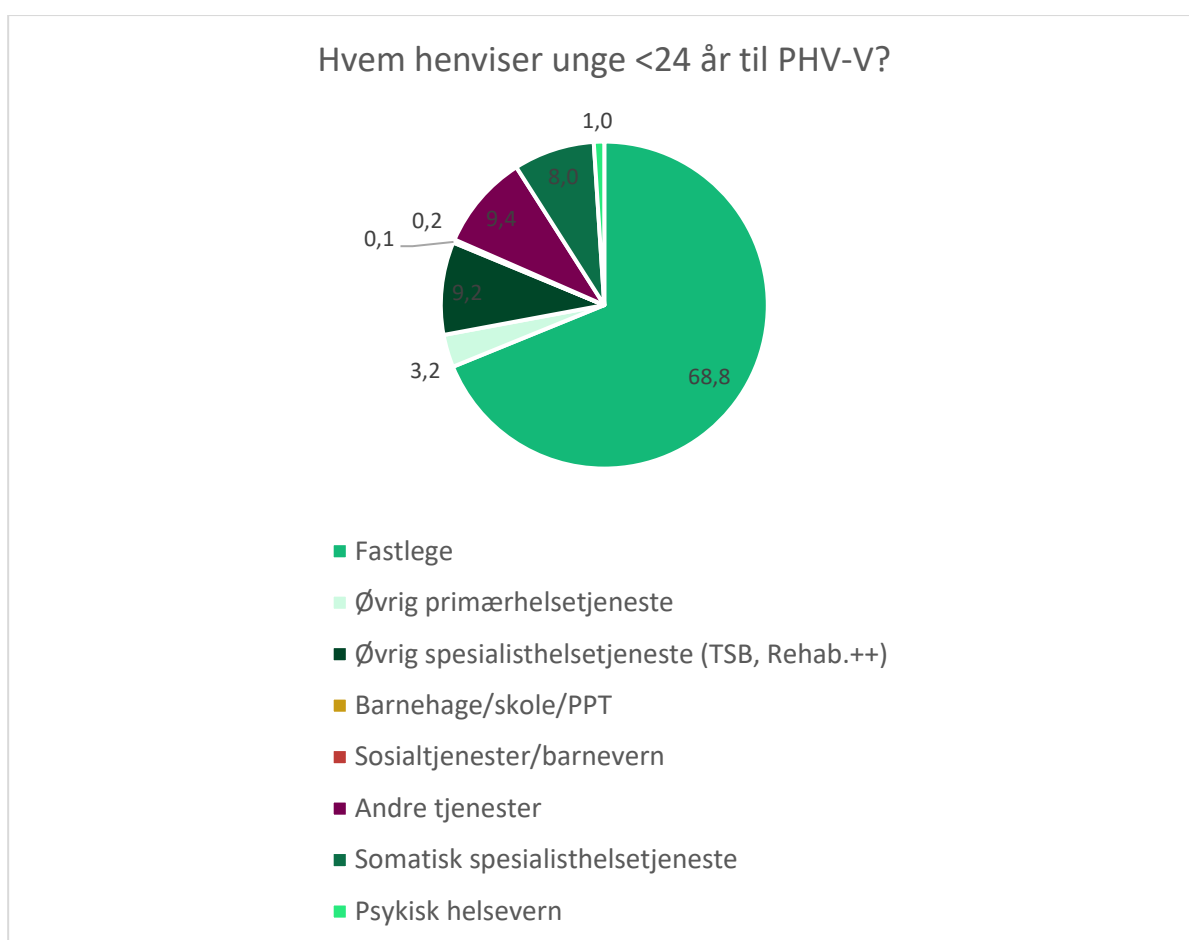
Tabell 10-9 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall henvisninger per år i PHBU som avhengig variabel og det å få ulike tiltak i barnevernet, vektet/kontrollert for kjønn, alder sosioøkonomisk status mv. Betinget på at man har hatt minst én henvisning per år.

Henvisninger per år	Koeffisient	t-verdi	95 % CI	
			Lav	Høy
Institusjon	1,93	3,27	0,77	3,07
Fosterhjem	0,43	2,88	0,14	0,73
Beredskapshjem	0,04	0,46	-0,13	0,22
Kostra 251 (tiltak uten plassering)	0,11	3,78	0,05	0,17

10.5.2 Henvisninger til PHV-V

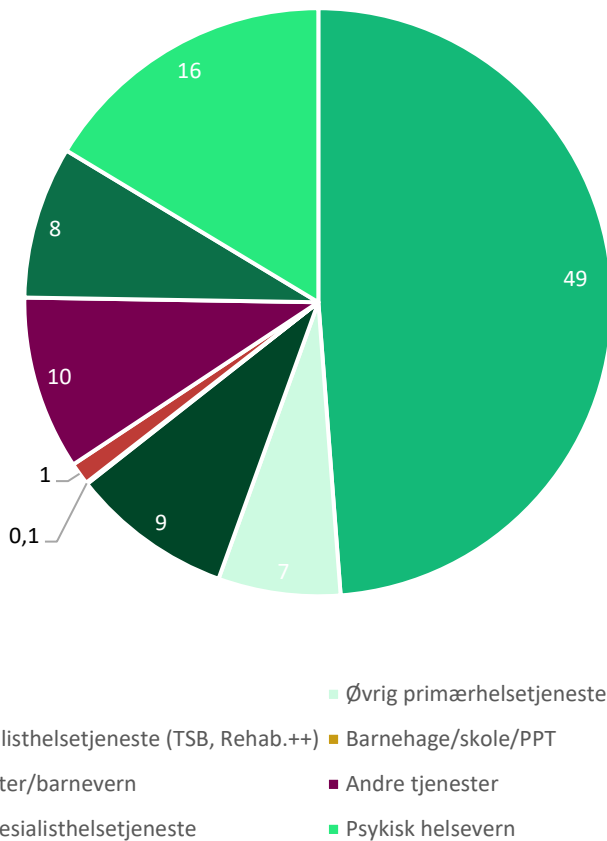
Mens andelen som ble henvist fra fastlege i PHBU var på 65 prosent, var det 69 prosent av pasientene under 24 år i PHV-V som ble henvist fra fastlegen, hvis vi ser hele PHV-V-populasjonen under ett. Andre dominerende kategorier er somatisk og øvrig spesialisthelsetjeneste, mens psykisk helsevern selv kun sto for 1 prosent av henvisningene i PHV-V. Sistnevnte lå på 9 prosent i PHBU, noe som kan tyde på flere "interne" henvisninger for barn i PHBU. Kanskje kan dette til dels også handle om videre-henvisning fra PHBU til PHV-V når barnet fyller 18 år.

Også i PHV-V var det slik at en lavere andel av de som hadde kontakt med barnevernet i løpet av perioden ble henvist fra fastlegen (49 %). Det var en langt høyere andel enn for totalpopulasjonen som ble henvist internt fra psykisk helsevern, og også fra øvrig primærhelsetjeneste. Igjen tyder det på at de unge som var i kontakt med barnevernet da de var under 24 år og mottok behandling i PHV-V i større grad var henvist fra andre tjenester enn fastlegen. Regresjonsanalysene som presenteres etter figurene, bekrefter dette inntrykket.



Figur 10-5 Andel (%) av alle henvisninger til PHV-V i perioden 2013-2020 fordelt på henvisende instans. I PHV-V har vi kun sett på de som er under 24 år, da disse er mest relevante å sammenlikne med når det gjelder barnevernstjenester. N = 245384 unike henvisninger (basert på mottaksdato for henvisning, ekskl. missing (ca. 30 %)).

Hvem henviser til PHV-V blant unge i kontakt med barnevernet?



Figur 10-6 Andel (%) av alle henvisninger til PHV-V blant barn i kontakt med barnevernet i perioden 2013-2020 fordelt på henvisende instans. N = 61553 unike henvisninger (basert på mottaksdato for henvisning, ekskl. missing (ca. 30 %)).

Tabell 10-10 Multinomisk logistisk regresjon med henvisende instans til PHV-V som avhengig variabel, kontakt med barnevernet i løpet av perioden som uavhengig variabel. Kontrollert for kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning. Regresjonen er kjørt for personer i PHV-V under 24 år. Relative Risk Ratioer (RRR) presenteres kun for uavhengig variabel (barnevern/ikke barnevern), ikke for kontrollvariabler. Z-score og 95 % konfidensintervall. Fastlege er referansekategori i avhengig variabel.

Henvisende instans	RRR	Z	95 % CI	
			LAV	HØY
Fastlege	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Øvrig primærhelsetjeneste	2,39	54,04	2,31	2,46
Øvrig spesialisthelsetjeneste (TSB, Rehab.++)	1,48	33,12	1,44	1,51
Barnehage/skole/PPT	0,38	-9,00	0,31	0,47
Sosialtjenester/barnevern	9,38	53,03	8,64	10,19
Andre tjenester	1,49	30,55	8,36	10,19
Somatisk spesialisthelsetjeneste	1,41	26,63	1,37	1,44
Psykisk helsevern	2,03	67,63	1,99	2,07

Tabell 10-11 Multinomisk logistisk regresjon med henvisende instans til PHV-V som avhengig variabel, kontakt med ulike typer instanser i barnevernet i løpet av perioden som uavhengige variabler. Kontrollert for kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning. Regresjonen er kjørt for personer under 24 år. Relative Risk Ratioer (RRR) presenteres kun for uavhengige variabler (barneverns kategorier) ikke for kontrollvariabler. Fastlege er referansekategori i avhengig variabel.

	Institusjon	Fosterhjem	Beredskapshjem	Kostra251 (tiltak uten plassering)
Fastlege	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Øvrig primærhelsetjeneste	2,39***	2,74***	1,54	2,27***
Øvrig spesialisthelsetjeneste (TSB, Rehab.++)	3,00***	0,89***	1,08	1,29***
Barnehage/skole/PPT ²	-	-	-	-
Sosialtjenester/Barnevern	16,10***	6,84***	4,89***	5,89***
Andre tjenester	2,89***	0,80***	0,79	1,56***
Somatisk spesialisthelsetjeneste	2,03***	0,94	1,52*	1,41***
Psykisk helsevern	4,66***	1,53***	1,83***	2,03***

¹ Sammenhenger som var statistisk signifikante ved 1% signifikansnivå er merket med ***, ved 5 % signifikansnivå med ** og ved 10 % nivå med *.

²For lav N i PHV-V til at det er relevant å presentere noe for denne kategorien.

Fastlege er, som figurene viste, den absolutt største henvisende instansen, og vi valgte derfor dette som referansekategori i avhengig variabel som er henvisende instans. De øvrige instansene sammenliknes altså med det å bli henvist fra fastlegen. Vi presiserer at dette ikke måler sannsynligheten for å bli henvist til psykisk helsevern som sådan, men sannsynligheten for at man blir henvist av andre instanser enn fastlegen.

Regresjonsanalysene presentert i tabell 10-10 over viser at også for PHV-V er det å ha kontakt med barnevernet forbundet med at man i større grad enn øvrig pasientpopulasjon henvises fra andre instanser enn fastlegen. På samme måte som for PHBU kjørte vi også en regresjon med type barnevernstiltak for de under 24 år i PHV-V (tabell 10-11). Her ser vi at det er flere av estimatene under fosterhjem/beredskapshjem som ikke er statistisk signifikante, og dette skyldes nok at det er få voksne mellom 18 og 23 år i disse tiltakene, og at estimatene blir veldig usikre. For institusjon er det fortsatt en sterk sammenheng.

Vi kjørte de samme regresjonsanalysene som de presentert i tabellene over innenfor TSB og somatikk også. I TSB var estimatene på RRR generelt lavere (nærmere 1) enn i PHBU og PHV-V, men signifikant forhøyet for de fleste kategoriene av henvisere, utenom barnehage/skole/PPT (som heller ikke er så relevant for denne gruppen) og for somatisk spesialisthelsetjeneste – kategorier der det ikke var statistisk signifikante sammenhenger.

Blant pasienter i somatikken var koeffisientene mindre, og usikkerheten knyttet til estimatene større (flere av sammenhengene var ikke statistisk signifikante). Dette kan tyde på at det å være i kontakt med barnevernet eller ikke har mindre å si for det å henvises fra andre instanser enn fastlegen når det gjelder behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste. Et unntak var henvisninger fra psykisk helsevern og til somatisk behandling – her gav det å ha vært i kontakt med barnevernet i løpet av perioden omtrent femdoblet risiko for å ha blitt henvist fra psykisk helsevern til somatikken. "Øvrig primærhelsetjeneste" slo ut med signifikant lavere risiko å ha blitt henvist fra andre instanser enn fastlege til somatisk behandling.

10.6 Ventetider i spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet i metoddelen har vi brukt datoinformasjon i aktivitetsdata til å konstruere en variabel for antall ventetidsdager per unike henvisning/forløp basert på differansen mellom dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) og dato for når ventetiden avsluttes ved start av utredning eller behandling (ventetid sluttdato). For å minimere målefeil har vi prikket (satt til missing) negative ventetidsdager som følge av feile datooppføringer, og vi har også ekskludert forløp der pasienten har ventet i mer enn to år fra ansiennitetsdato til ventetid sluttdato, fordi vi antar at det da er sannsynlig at det er manglende koding som er årsak til det høye ventetidsestimatet (for noen kan det også være reelt, men dette vil nok gjelde få tilfeller). Basert på antall ventetidsdager per forløp per pasient har vi så generert en ny variabel som indikerer gjennomsnittlig antall ventetidsdager per år per individ, slik at vi fikk et samlemaal for hvor lenge en pasient har ventet i gjennomsnitt per år hvis personen har hatt én eller flere henvisninger.

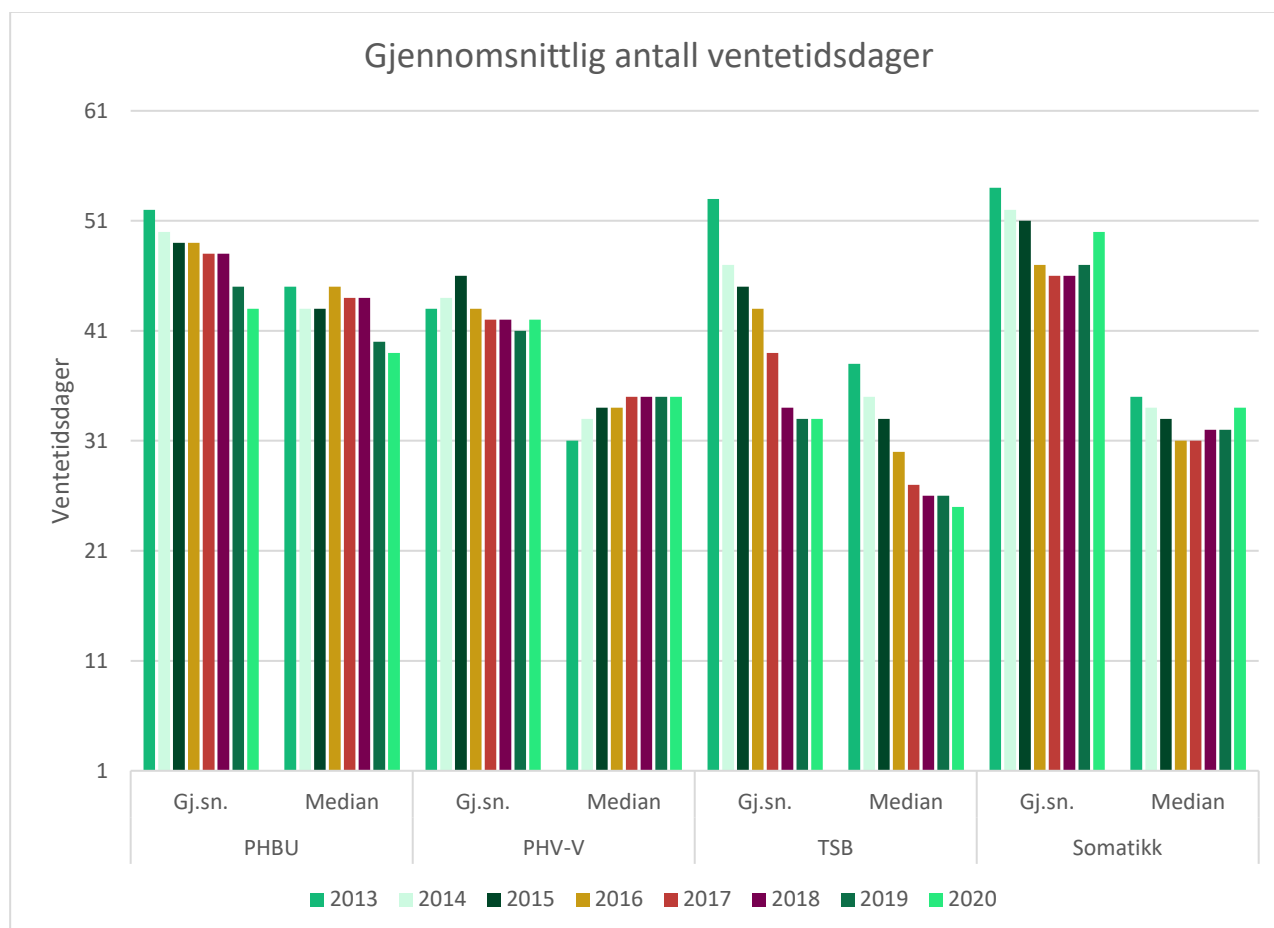
Vi har gjort samme beregninger i alle sektorer (PHBU, PHV-V, TSB og Somatikk). Vi gjør oppmerksom på at beregningene er gjort for offentlige spesialisthelsetjenester, og at tallene som handler om ventetider ikke inkluderer private avtalespesialister i denne sammenheng. Hvis det er sannsynlig at man kommer fortere inn på henvisning nummer to og tre osv. samme år, vil dette være med på å trekke gjennomsnittet noe ned, sammenliknet med hvordan ventelistestatistikken i NPR kalkuleres. Vårt formål i denne sammenheng er uansett å sammenlikne ventetider mellom ulike populasjoner (barnevern/ikke barnevern), ikke å gi styringsdata til spesialisthelsetjenesten.

Når vi fremstiller deskriptiv statistikk på ventetidsvariablene har vi betinget på at pasienten har hatt minst én dag ventetid. Vi ser med andre ord bort fra episoder der pasienten har registret mottaksdato for henvisning (ansiennitetsdato) = ventetidssluttdato (dvs. "akutte" tilfeller, som gjaldt ca. 0,5 % av forløpene i PHBU).

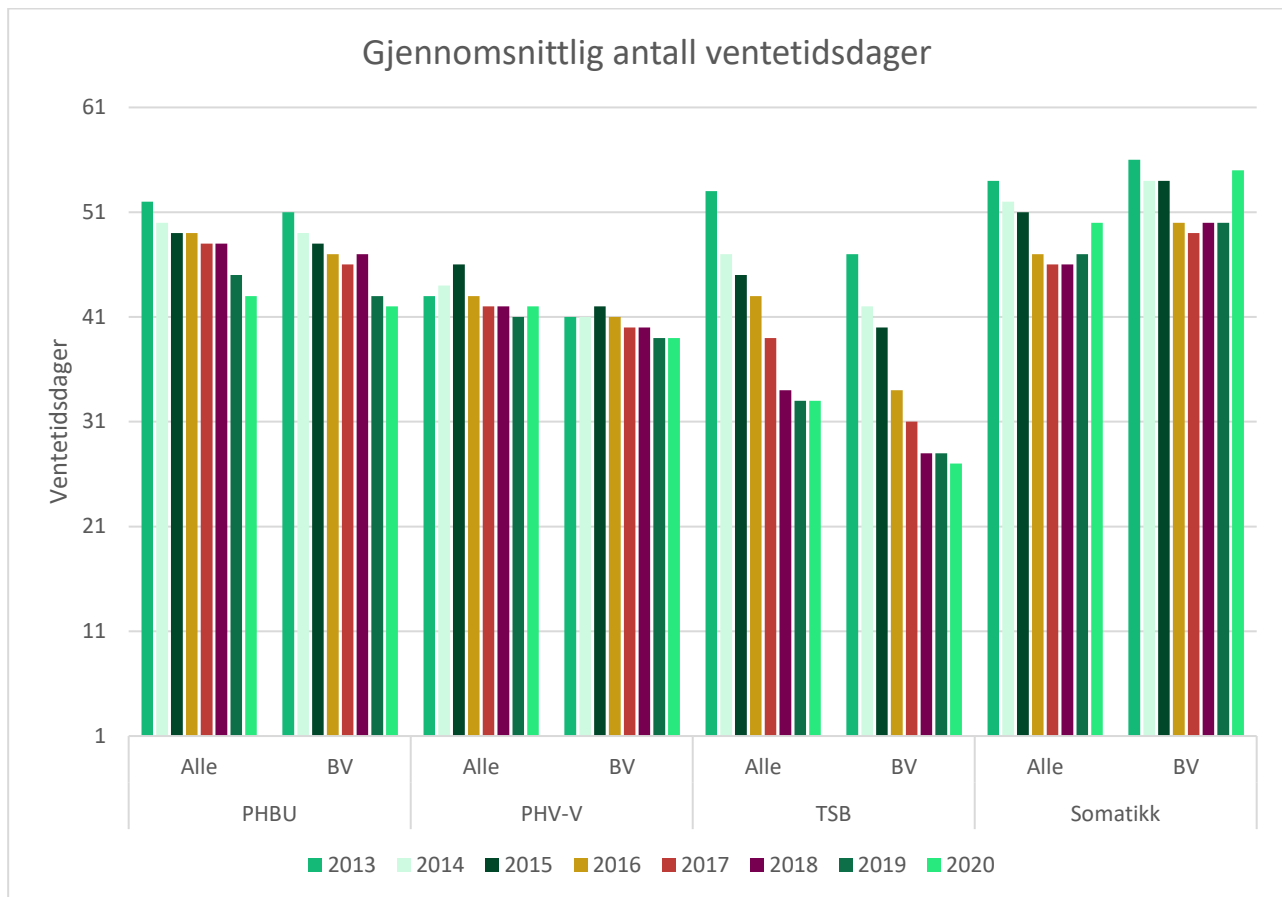
10.6.1 Deskriptiv statistikk

I de to neste figurene (figur 10-7 og figur 10-8) presenterer vi først gjennomsnittlig antall ventetidsdager i hele populasjonen for hvert av årene. Her har vi latt alle pasienter inngå, ikke bare de under 24 år i

tjenester rettet mot voksne (inkl. somatikk), slik vi har tatt hensyn til i den andre figuren, der vi sammenlikner hele populasjonen og populasjonen i kontakt med barnevernet det enkelte år (dikotom variabel). Som vi ser av figuren som sammenlikner barnevernspopulasjonen med øvrig pasientpopulasjon, har barnevernspopulasjonen i gjennomsnitt litt lavere antall ventetidsdager enn de øvrige, bortsett fra i somatikken, der antall ventetidsdager er noe høyere. Alle sammenhenger mellom barnevern/øvrig er t-testet, og er statistisk signifikante ved <1% signifikansnivå. Merk at disse deskriptive framstillingene ikke er kontrollert for kjønn, alder og sosioøkonomiske kjennetegn. Dette gjør vi i regresjonsanalysene som følger under figurene.



Figur 10-7 Gjennomsnittlig antall ventetidsdager i hhv. PHBU, PHV-V, TSB og Somatikk for hele populasjonen i hver av sektorene i perioden 2013-2020.



Figur 10-8 Gjennomsnittlig antall ventetidsdager i hhv. PHBU, PHV-V, TSB og Somatikk for hele populasjonen i hver av sektorene og for de som var registrert med tiltak i barnevernet i løpet av året i perioden 2013-2020. For PHV-V, TSB og Somatikk vises tallene for pasienter 18-24 år det respektive år.

10.6.2 Sammenhengen mellom barnevernstiltak og ventetider

Vi ønsket å undersøke om det var systematiske forskjeller i ventetider for behandling i spesialisthelsetjenesten for barn i barnevernet, sammenliknet med den øvrige barne- og ungdomsbefolkningen og sammenliknet med en kontrollpopulasjon som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet, men som matchet barn i barnevern på mange bakgrunnsvariabler. Vi kjørte både univariate (ujusterte) og multivariate (justerte) regresjonsanalyser (OLS = Ordinary Least Square). Vi definerte avhengig variabel som gjennomsnittlig antall ventetidsdager per år, mens uavhengig variabel var en dikotom (0/1) variabel som indikerte om man hadde mottatt barnevernstjenester det enkelte år i perioden 2013-2020. I PHBU kjørte vi ingen restriksjoner på alder (men kontrollerte for alder i justert modell). Av hele pasientpopulasjonen vår i PHBU var ca. 91 % under 18 år, og ca. 7 % var 18 år, det er dermed få personer over 18 år som mottar tjenester i PHBU. I PHV-V, TSB og somatikk la vi en restriksjon i analysene på at vi kun inkluderte personer mens de var under 24 år i perioden. Dette for å gjøre det mer sammenliknbart med de aldersgruppene barnevernet hjelper mest (fra 2021 kan barnevernet videreføre tiltak inntil 25 år, tidligere var øvre aldersgrense 23 år).

Vi ekskluderte videre "akutte" episoder – dvs. der mottaket av henvisningen (målet ved ansiennitetsdato) falt på samme dag som episoden/konsultasjonen (målt ved venteliste sluttdato). Alle modellene ble kjørt med en metode som gir robuste standardfeil. Som en sensitivitetsanalyse kjørte vi også alle modellene med årsummy, for å ta hensyn til eventuelle årstrender, men dette endret ikke estimatene i betydelig grad (ikke rapportert). I tabell 10-11 og tabell 10-12 presenterer vi koeffisienten, t-verdien og

konfidensintervall for ujustert og justerte analyser. En t-verdi er et mål på hvor mye et observert gjennomsnitt avviker fra et forventet gjennomsnitt, i forhold til standardavviket. Jo større t-verdi, jo mer sannsynlig er det at forskjellen mellom de to gjennomsnittene er reell. Vi kan tenke på t-verdien som en "score" for forskjellen mellom gjennomsnittene. Høy t-verdi (over 2): Forskjellen er sannsynligvis reell. Lav t-verdi (under 2): Forskjellen kan være tilfeldig. Vi kommenterer resultatene i justerte modeller i teksten.

Tabell 10-12 viser resultater som tilsier at barn i kontakt med barnevernet har nesten 5 dager kortere gjennomsnittlig ventetid i PHBU, sammenliknet med barn i den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen med like bakgrunns karakteristika. Sammenhengen var statistisk signifikant. Det tilsvarende estimatet i PHV-V var relativt likt i størrelsesorden, men ikke statistisk signifikant. I TSB er det en generell tendens til at vi får usikre estimat pga. lavt antall inkluderte i barnevernet når vi betinger på ung alder (gjennomsnittsalder i TSB er høyere enn for PHBU og PHVV), og vi ser ikke signifikante sammenhenger her. I somatikk tilsier koeffisienten et par dagers lengre ventetid i gjennomsnitt for barna i barnevernet, en tendens vi kjenner igjen fra de deskriptive figurene over. Den ujusterte modellen viser en signifikant sammenheng, mens den justerte modellen ikke var statistisk signifikant, til tross for høyt antall inkluderte pasienter i analysen.

Videre gjorde vi en liknende analyse som differensierte mellom ulike typer barnevernstiltak, ikke bare det å ha vært i kontakt med barnevernet i løpet av året (se tabell 10-13). Her har vi skilt mellom om barnet har hatt tiltak i form av institusjon, fosterhjem, beredskapshjem, tiltak uten plassering av barnevernet (SSBs definisjon, jf. Kostra251) og tiltak med plassering av barnevernet (SSB definisjon, jf. Kostra252, dvs. en kombinasjon av institusjon, fosterhjem og beredskapshjem mv.). I disse analysene viser vi av pedagogiske hensyn kun estimater for regresjonsmodellene som er kjørt med justering for sosioøkonomiske forhold.

Som resultatene i tabellen viser, er det en sterk sammenheng mellom det å ha vært på institusjon, og det å ha gjennomsnittlig færre dagers ventetid til PHBU, sammenliknet med barn som ikke har hatt institusjonstiltak. Tilsvarende resultat kan ses for PHV-V, og sammenhengen var statistisk signifikant i begge sektorer. Vi ser at Kostra252 viser liknende resultat, som forventet, i og med at denne kategorien er overlappende med de tre første. I PHBU slår alle fem barneverns kategorier ut med signifikant færre antall dagers ventetid (marginalt signifikant for fosterhjem) sammenliknet med kontrollpopulasjonen. I TSB og somatikk er det ikke systematiske sammenhenger.

Tabell 10-12 Regresjonsanalyse (OLS) med gjennomsnittlig antall ventetidsdager per år som avhengig variabel, og det å være i kontakt med barnevernet (målt dikotomt, årlig) som uavhengig variabel. I PHV-V, TSB og Somatikk er modellen kjørt på pasienter under 24 år. Data for perioden 2013-2020. "Akutte" episoder (ansiennitetsdato=ventetidssluttdato) er ekskludert. Ujustert modell og modell justert for demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved barnet og familien. Robuste standardfeil. Koeffisient, t-verdi og 95 % konfidensintervall.

	PHBU				PHV-V			
	Koeff.	t-verdi	95 % CI		Koeff.	t-verdi	95 % CI	
Lav			Høy	Lav			Høy	
Ujustert	-1,80	-6,05	-2,40	-1,23	-5,89	-7,42	-7,45	-4,33
Justert	-4,79	-4,76	-6,76	-2,81	-4,48	-1,53	-10,21	1,24
	TSB				Somatikk			
	Koeff.	t-verdi	95 % CI		Koeff.	t-verdi	95 % CI	
Lav			Høy	Lav			Høy	
Ujustert	-3,37	-1,64	-5,87	-0,87	2,07	5,59	1,34	2,79
Justert	24,65	1,11	-18,93	68,24	0,20	0,19	-1,83	2,23

Tabell 10-13 Regresjonsanalyse (OLS) med gjennomsnittlig antall ventetidsdager per år som kontinuerlig avhengig variabel, og det å ha ulike typer barnevernstiltak (målt dikotomt, årlig) som uavhengig variabel. I PHV-V, TSB og Somatikk er modellen kjørt på pasienter under 24 år. Data for perioden 2013-2020. "Akutte" episoder (ansiennitetsdato=ventetidssluttdato) er ekskludert. Modeller justert for demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved barnet og familien (matchedede vekter). Robuste standardfeil. Koeffisient, t-verdi og 95 % konfidensintervall.

	PHBU				PHV-V			
	Koeff.	t-verdi	95 % CI		Koeff.	t-verdi	95 % CI	
			Lav	Høy			Lav	Høy
Institusjon	-15,84	-4,39	-22,91	-8,77	-24,8	-3,47	-38,80	-10,8
Fosterhjem	-8,82	-1,91	-17,88	0,23	-3,36	-0,66	-13,35	6,61
Bered.hjem	-15,61	-3,56	-24,19	-7,02	33,59	1,51	-10,14	77,34
Kostra251	-2,74	-2,59	-4,82	-0,67	-1,68	-0,54	-7,79	4,43
Kostra252	-15,36	-6,24	-20,18	-10,5	-10,02	-1,94	-20,14	0,1
	TSB				Somatikk			
	Koeff.	t-verdi	95 % CI		Koeff.	t-verdi	95 % CI	
			Lav	Høy			Lav	Høy
Institusjon	2,67	0,24	-18,81	24,16	-6,06	-0,95	18,55	6,42
Fosterhjem	-12,25	-1,43	-29,06	4,54	5,85	1,41	-1,29	13,98
Bered.hjem	-13,7	-1,82	-28,43	1,02	1,2	0,10	-0,23	25,41
Kostra251	30,66	1,06	-26,32	87,65	0,76	0,07	-2,04	2,19
Kostra252	-3,2	-0,32	-22,68	16,27	1,57	0,41	-5,95	9,09

10.7 Bruk av spesialisthelsetjenester

I dette prosjektet har vi tatt mål av oss til å utforske en rekke forskningsspørsmål med utgangspunkt i helseregisterdataene. Med et så rikt og detaljert datamateriale er det nesten ikke grenser for hvor mange problemstillinger man kan undersøke, men av hensyn til prosjektrammen har vi vært nødt til å holde oss på et mer overordnet nivå. Noen av forskningsspørsmålene vi hadde formulert på forhånd i prosjektet viste seg vanskelig å besvare fordi datakvaliteten var for dårlig (for eksempel når det gjaldt pakkeforløp/nasjonale pasientforløp, tvang i TSB mv.) eller at vi manglet enkeltvariabler (for eksempel utsettelseskode for å identifisere "ikke møtt" – her ville de originale ventelistedataene i NPR sannsynligvis gitt et bedre datagrunnlag).

I dette kapitlet tar vi for oss helsetjenestebruk i de fire sektorene (PHBU, PHV-V, TSB og Somatikk), og undersøker forskjeller mellom barnevernspopulasjonen og den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen. For å avgjøre om konsultasjonen har vært knyttet til poliklinikk eller døgnopphold, har vi benyttet variabelen omsorgsnivå i aktivitetsdata. Noen analyser har vi gjort bare for psykisk helsevern for barn og unge – dette gjelder for eksempel det som omhandler diagnoser. I regresjonsanalyser med kontinuerlig utfall har vi brukt vekter basert på matching (se metodedel) som gjør at vi får sammenliknet barnevernspopulasjonen med en relevant kontrollpopulasjon. I logistiske regresjonsanalyser har vi kontrollert for kjønn, alder, barnets høyest oppnådde utdanning og foreldres høyest oppnådde utdanning. Forskningsspørsmålene vi tar for oss er som følger:

- Hvordan fordeler helsetjenestebruken seg på hhv. psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk?

- I hvilken grad er det kjønnsforskjeller i helsetjenestebruken og hvordan ser dette ut innen/mellom helsesektorer?
- I hvilken grad er det forskjeller i helsetjenestebruk basert på barnas innvandringsbakgrunn?
- I hvilken grad er det forskjell på hvilket omsorgsnivå barna behandles på, fordelt på mottak av dagbehandling, poliklinisk behandling og døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad er det regionale forskjeller i forbruk av helsetjenester?
- I hvilken grad er det forskjeller i helsetjenestebruk basert på ulike diagnosegrupper innen psykisk helse, rusavhengighet eller somatikk?
- Hvilke diagnoser er mest utbredt blant barn i barnevern og er det forskjeller basert på hvilke type barnevernstiltak man mottar, og i hvilken grad ser man en sammenheng mellom grad av alvorlighet og type tiltak?
- I hvilken grad er det forskjeller mellom populasjonene når det gjelder komorbiditet (flere samtidige diagnoser)?

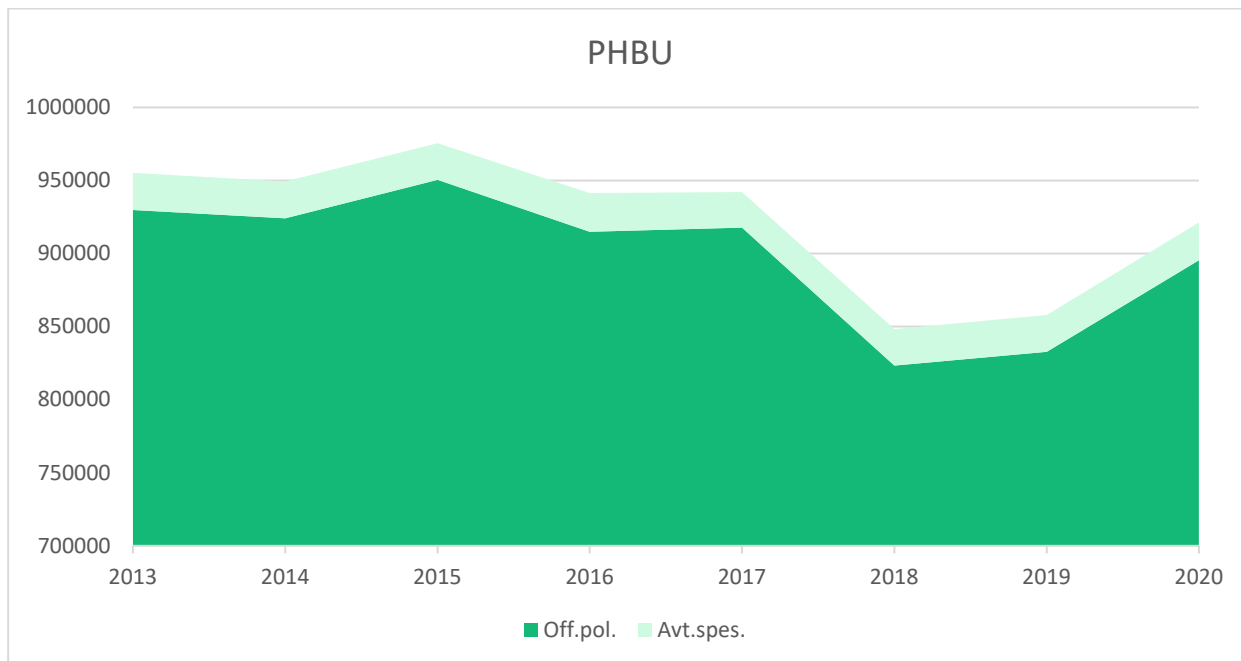
10.7.1 Psykisk helsevern for barn og unge (2013-2020)

For å måle helsetjenestebruk, også kalt "aktivitet" i psykisk helsevern for barn og unge²², har vi beregnet antall polikliniske kontakter og døgnopphold basert på datoinformasjon, og informasjon om hvilken type kontakt det har vært (poliklinikk/dag eller døgn). For disse har vi summert tallene for hvert år, slik at vi har en variabel som sier oss hvor mange konsultasjoner/episoder eller døgn hver pasient har blitt registrert med per år, samt antall døgnopphold totalt. Til hver episode er det i de fleste tilfeller også knyttet en ICD-10-diagnose, som vi skal se nærmere på senere i kapitlet.

Poliklinikk

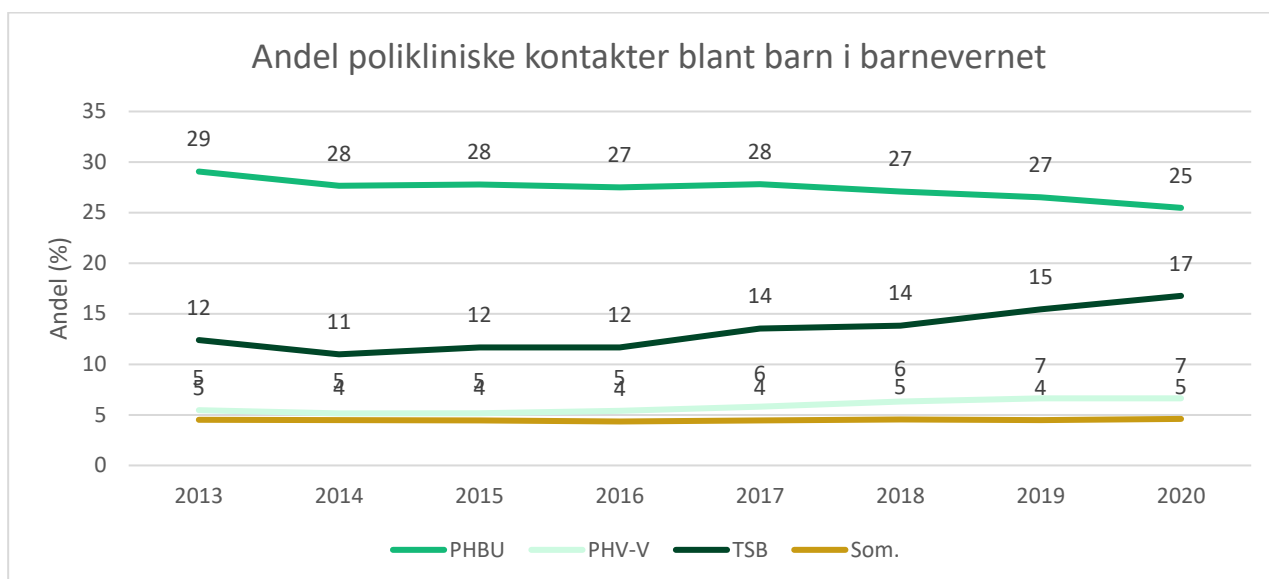
Figur 10-9 viser utviklingen i antall kontakter i PHBU i perioden 2013-2020, fordelt på offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Reduksjonen mellom 2017 og 2018 stemmer med tallene fra Samdata, som har beregnet at for polikliniske kontakter var det en reduksjon på 10,2 prosent landet sett under ett. Det var forskjeller mellom regionene, men alle de fire helseregionene hadde en nedgang i sin polikliniske behandling. I følge [Helsedirektoratets aktivitetstall](#) hadde Helse Midt-Norge en stor nedgang i sin polikliniske aktivitet, på grunn av at rapporteringsenhetene i PHBU-sektoren i Helse Midt-Norge hadde skiftet datasystem. Helse Midt-Norge hadde på grunn av denne tekniske omleggingen midt i året varslet en underrapportering.

²² <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>



Figur 10-9 Antall polikliniske kontakter i PHBU i perioden 2013-2020. Offentlige poliklinikker og konsultasjoner hos avtalespesialister.

Figur 10-10 har vi beregnet andelen av alle polikliniske observasjoner i hver av de fire sektorene som utgjøres av barn i kontakt med barnevernet det enkelte år.



Figur 10-10 Andel (%) av alle polikliniske konsultasjoner som utgjøres av barn i kontakt med barnevernet det respektive år i perioden 2013-2020. I PHV-V, TSB og Somatikk er tallene beregnet for pasienter under 24 år. Sektorene PHBU, PHV-V, TSB og Somatikk.

Videre har vi kjørt t-tester på sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall poliklinikk-konsultasjoner i PHBU (både offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister) og det å ha hatt kontakt med barnevernet i løpet av perioden. Vi finner at det er en signifikant forskjell mellom barn i kontakt med barnevernet og øvrig pasientpopulasjon, der barna i barnevernet i gjennomsnitt har ca. 4 flere konsultasjoner per år i offentlige poliklinikker (19 vs. 15 konsultasjoner), sammenliknet med øvrig pasientpopulasjon. Hos avtalespesialister er forskjellen litt mindre med to færre konsultasjoner (13 vs. 11) i gjennomsnitt.

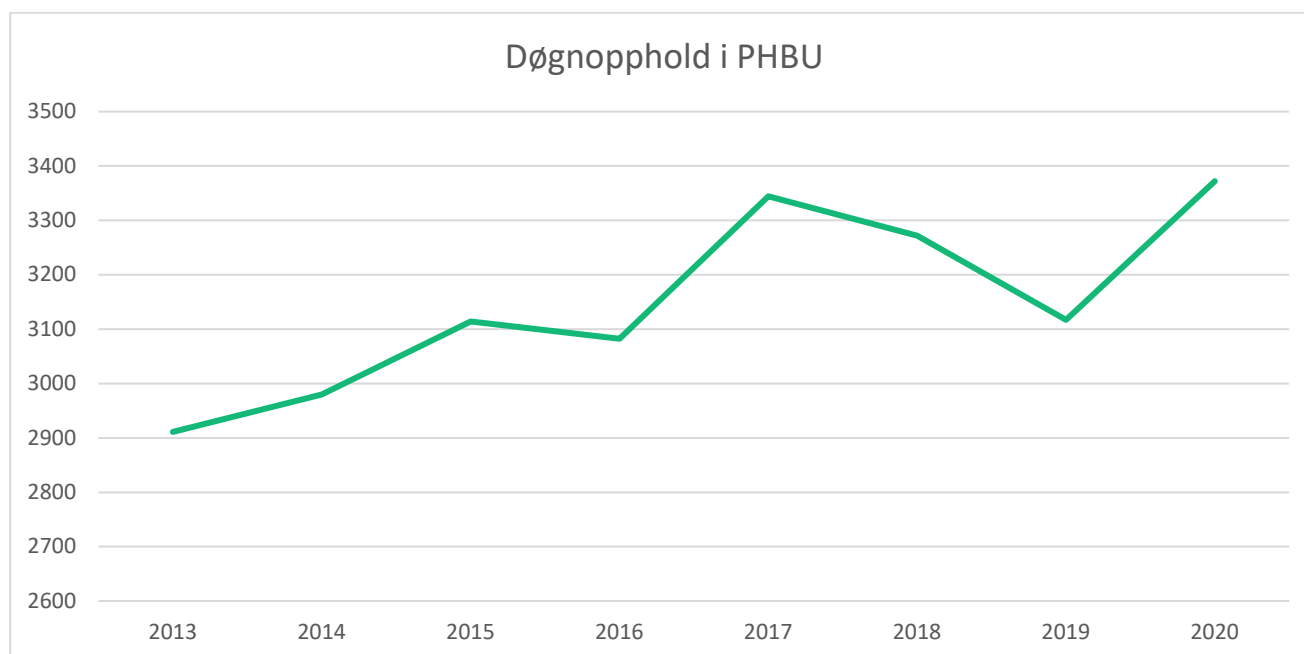
I PHV-V viste t-testen at unge voksne (18-24) i kontakt med barnevernet hadde i gjennomsnitt ca. én konsultasjon mindre per år, enn de som ikke hadde hatt kontakt med barnevernet (11 vs. 12 konsultasjoner), statistisk signifikant sammenheng. Når det gjaldt avtalespesialistkonsultasjoner var det ikke signifikante forskjeller mellom gruppene, der de som hadde hatt kontakt med barnevernet i snitt hadde 10,1 konsultasjoner, og øvrig populasjon 9,7 konsultasjoner.

I TSB har vi ikke avtalespesialistdata, men her var det ikke signifikante forskjeller i gjennomsnittlig antall konsultasjoner per år per pasient (18-24 år) i offentlige poliklinikker (13,6 polikliniske konsultasjoner blant de i kontakt med barnevern, 14,2 blant de øvrige).

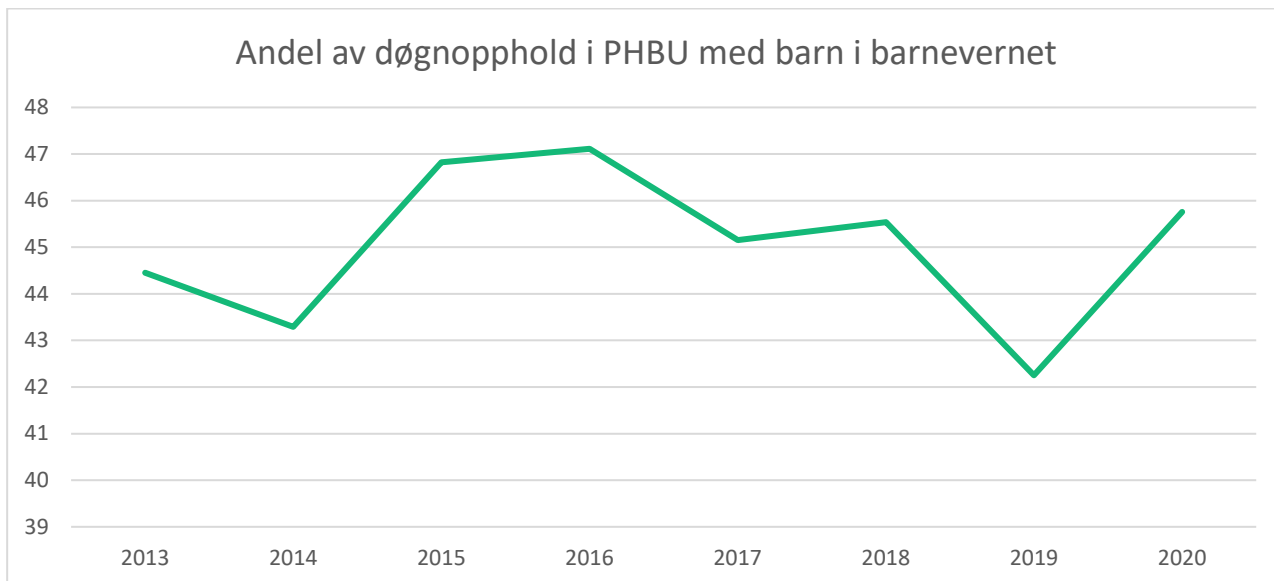
I Somatikk er det langt færre konsultasjoner i gjennomsnitt enn i psykisk helsevern og TSB, her ligger gjennomsnittet mellom 2-3 konsultasjoner per år per pasient som har vært registrert med minst én konsultasjon. Det var veldig likt gjennomsnitt mellom de som har hatt kontakt med barnevernet og ikke; 2,7 i offentlige poliklinikker for barna med barnevernskontakt, 2,5 for de øvrige (men forskjellen på 0,23 var statistisk signifikant). Blant avtalespesialistene var det veldig like tall; 2,19 for barna i barnevernet og 2,24 for øvrig populasjon, også denne sammenhengen var statistisk signifikant.

Døgn

Vi har beregnet antall døgnopphold som er rapportert i aktivitetsdataene for vår populasjon i perioden 2013-2020, og deretter studert hvor stor andel av disse døgnoppholdene som gjaldt barn i kontakt med barnevernet det enkelte år, fordelt på ulike typer tiltak. Antallet i figur 10-11 utgjør nevner (N) i andelene som er beregnet i figur 10-12. Vi presiserer at dette *ikke er antall døgn*, men antallet døgnopphold. Vi viser for øvrig også til Helsedirektoratets årlige rapporter for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, der det særlig for psykisk helsevern for barn og unge (som er sammenliknbart med vår populasjon) kan være relevant og mer detaljert informasjon om forløpene til hele populasjonen.

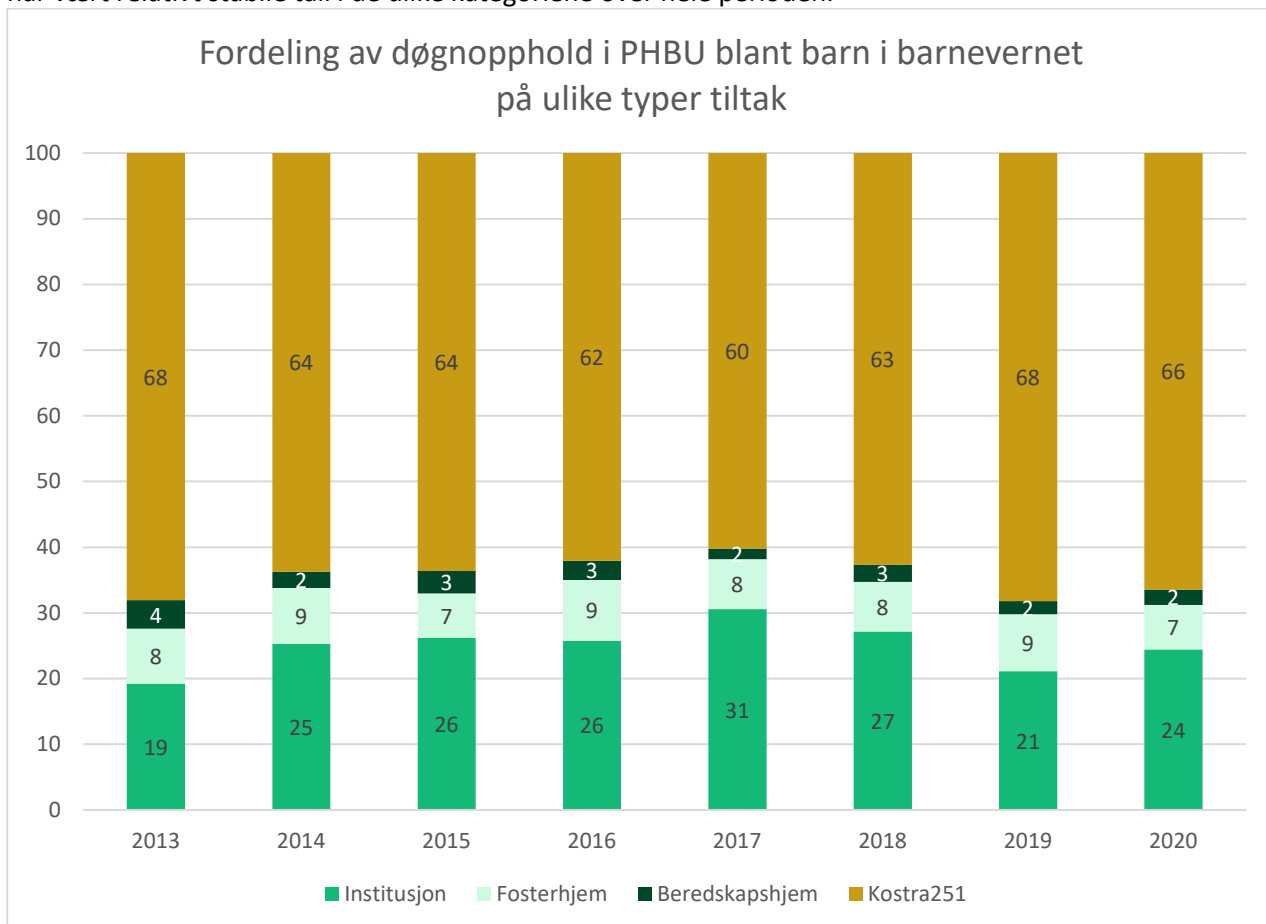


Figur 10-11 Antall døgnopphold i PHBU i perioden 2013-2020.



Figur 10-12 Andel av antall døgnopphold det enkelte år som gjelder barn som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året. Prosent.

I figur 10-13 presenteres andel døgnopphold i PHBU som ble utgjort av barn i kontakt med barnevernet, fordelt på ulike typer tiltak. Som forventet er tiltak utenom plasseringstiltak den største kategorien, og det har vært relativt stabile tall i de ulike kategoriene over hele perioden.



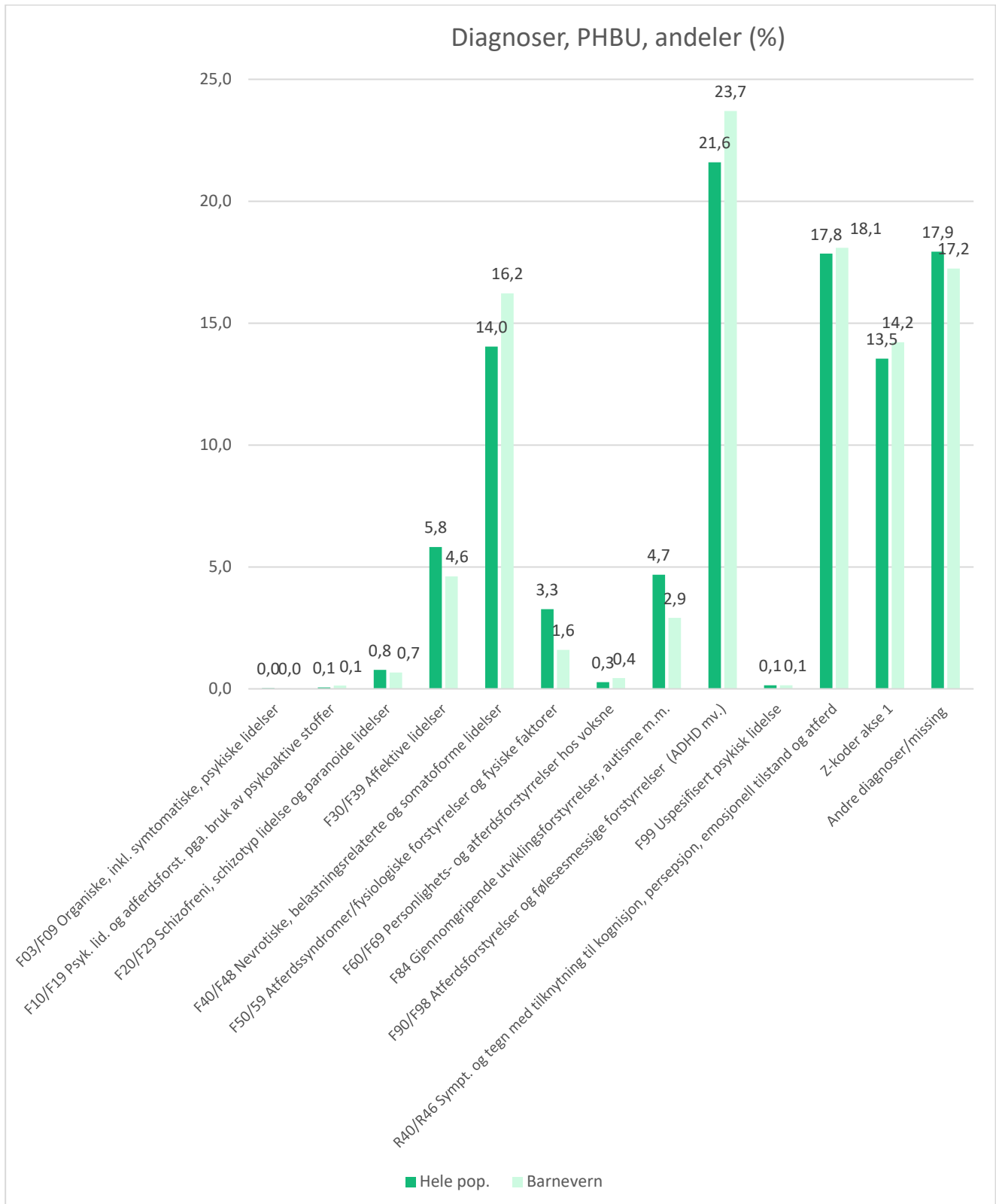
Figur 10-13 Andel av totalt antall døgnopphold for pasienter under 24 år i PHBU som har hatt ulike typer tiltak i barnevernet i løpet av året. Prosent.



Diagnoser og multimorbiditet

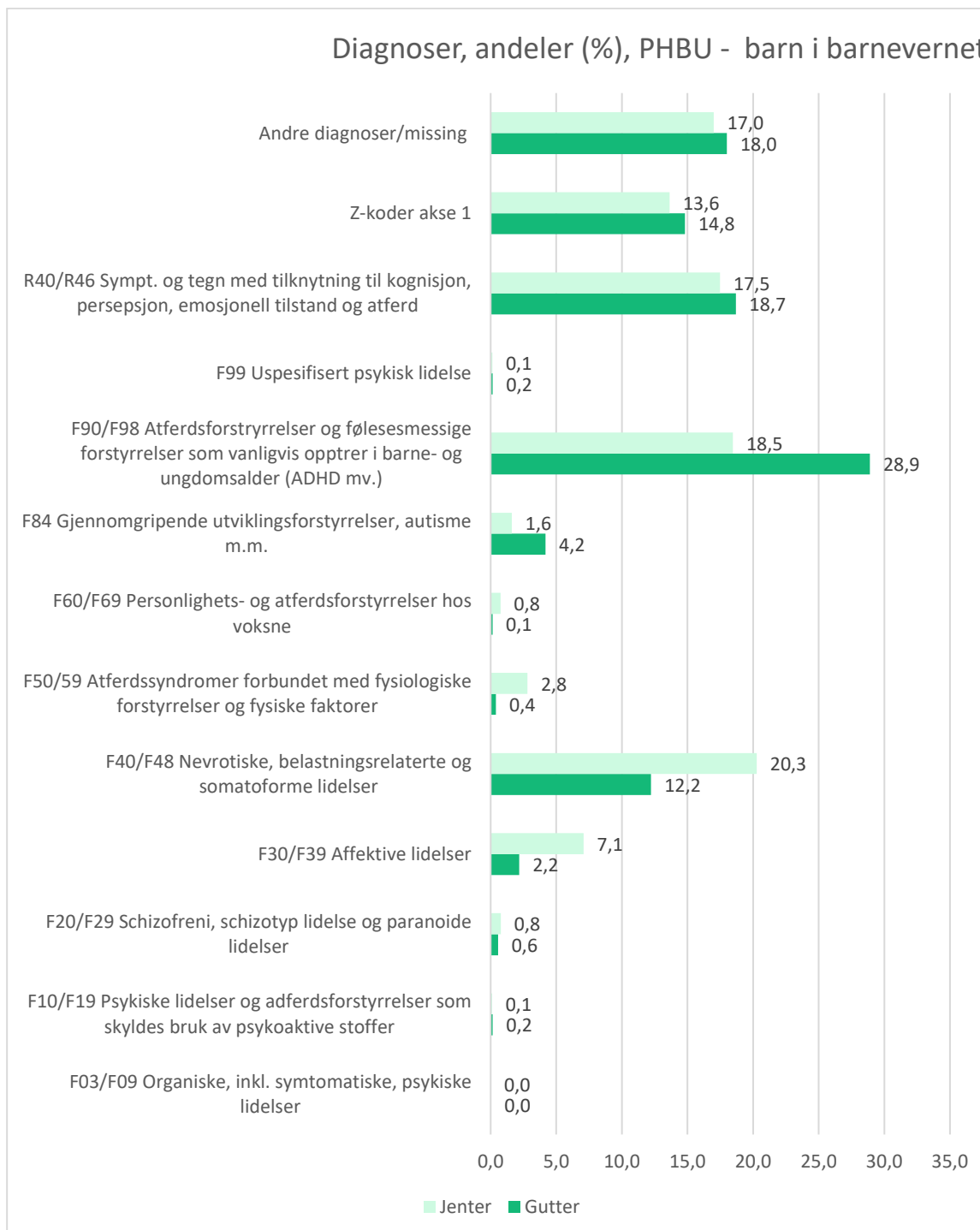
Som beskrevet i metoddelen benyttes den ICD-10-baserte "Multi-axial classification of child and adolescent psychiatric disorders" til å klassifisere diagnoser i PHBU. I denne rapporten har vi valgt å fokusere på hoveddiagnoser, og ikke tatt hensyn til tilleggstilstander (bidiagnoser). I PHBU bruker vi kodingen for akse 1 "Klinisk psykiatrisk syndrom" og akse 2 "Spesifikke utviklingsforstyrrelser" som utgangspunkt for fremstilling av deskriptiv statistikk og analyser. Vi ønsket å undersøke om barnevernspopulasjonen skiller seg fra øvrig pasientpopulasjon når det gjaldt diagnoser blant de som har vært i PHBU – hvilke er de mest utbredte diagnosene blant barn i barnevern, og er det forskjeller i hvilke diagnoser barna får basert på hvilke typer barnevernstiltak man mottar?

Figur 10-14 viser den andelsmessige fordelingen (%) i hele datamaterialet vårt, der vi skiller mellom totalpopulasjonen, og de som i løpet av perioden har vært i kontakt med barnevernet. Det er ikke rett fram å skulle fremstille diagnoser i en populasjon, ettersom hver person kan ha flere forløp i helsetjenestene per år, med ulike diagnoser underveis. Kanskje settes det først én diagnose tidlig i utredningsforløpet, og en annen diagnose senere i forløpet. Derfor har vi i figuren under tatt utgangspunkt i hele materialet vårt fra 2013, med alle diagnoser satt på de nesten 200 000 pasientene som inngår i datafila for PHBU.



Figur 10-14 Diagnosefordeling (andel, %) i PHBU i hele barne- og ungdomspopulasjonen og blant barn og unge i kontakt med barnevernet i løpet av perioden 2013-2020.

I figur 10-15 skiller vi mellom gutter og jenter blant barna som har vært i kontakt med barnevernet. Som vi ser er det relativt store forskjeller mellom kjønnene når det gjelder atferdsforstyrrelser, og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.



Figur 10-15 Andelsmessig diagnosefordeling mellom gutter og jenter i PHBU (diagnoser akse 1) blant barn og unge i kontakt med barnevernet i løpet av perioden 2013-2020.

Videre har vi tatt utgangspunkt i de hyppigst kodede diagnosene under akse 1 i figuren over, og laget nye dikotome (0/1) variabler som indikerer om en pasient har fått diagnosen en eller annen gang i løpet av året. Vi har gjort dette for ICD-10-kodene F30-F39 Affektive lidelser, F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme m.v.) og F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelesmessige forstyrrelser som vanligvis opptrer i barne- og ungdomsalder (ADHD mv.). Vi ønsket å teste om det var systematiske forskjeller i sannsynligheten for å bli diagnostisert innen disse diagnosegruppene, basert på om man hadde vært i kontakt med barnevernet eller ikke, og videre om man hadde vært i kontakt med spesifikke typer barnevernstiltak (da gitt at man har vært i kontakt med barnevernet). Vi har brukt spesifikasjoner i modellen som gir robuste standardfeil, jf. metodedel.

Tabell 10-14 Logistisk regresjonsanalyse med spesifikk diagnosegruppe som avhengig variabel (dikotom) og barnevern som uavhengig variabel. Kontrollert for kjønn, alder, innvandringskategori, barnets høyest fullførte utdanning og foreldres høyest fullførte utdanning. Robuste standardfeil. 2013-2020. OR = odds ratio, z-score >1,96 regnes som statistisk signifikant ved 5 % signifikansnivå. 95 % konfidensintervall.

	F30/F39 Affektive lidelser			95 % CI	
	OR	Z	P> z	Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,87	-3,47	0,001	0,81	0,94
Kjønn (jente=1)	1,82	16,13	<0,001	1,69	1,96
Alder (kont.)	1,23	33,28	<0,001	1,12	1,24
Innvandrerkategori					
Øvrig bef.	Ref.				
Innvandrer	0,97	-0,35	0,720	0,84	1,13
Barn av innvandrere	1,17	1,96	0,050	0,99	1,37
Barnets utd.	1,12	6,2	<0,001	1,08	1,16
Foreldres utd.	1,08	5,87	<0,001	1,05	1,11
	F40/F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser			95 % CI	
	OR	Z	P> z	Lav	Høy
Barnevern (0/1)	1,15	5,09	<0,001	1,09	1,21
Kjønn (jente=1)	1,59	17,70	<0,001	1,51	1,68
Alder (kont.)	1,13	25,47	<0,001	1,12	1,14
Innvandrerkategori					
Øvrig bef.	Ref.				
Innvandrer	1,38	6,35	<0,001	1,25	1,53
Barn av innvandrere	1,32	4,59	<0,001	1,17	1,49
Barnets utd.	0,94	-3,76	0,095	0,92	0,97
Foreldres utd.	1,01	1,67	<0,001	0,99	1,03

Tabell 10-15 Logistisk regresjonsanalyse med spesifikk diagnosegruppe som avhengig variabel (dikotom) og barnevern som uavhengig variabel. Kontrollert for kjønn, alder, innvandringskategori, barnets høyest fullførte utdanning og foreldres høyest fullførte utdanning. Robuste standardfeil. 2013-2020. OR = odds ratio, z-score >1,96 regnes som statistisk signifikant ved 5 % signifikansnivå. 95 % konfidensintervall.

	F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, autisme m.m.			95 % CI	
	OR	z	P> z	Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,62	-8,61	<0,001	0,56	0,69
Kjønn (jente=1)	0,33	-19,4	<0,001	0,29	0,37
Alder (kont.)	1,06	7,56	<0,001	1,04	1,09
Innvandrerkategori					
Øvrig bef.	Ref.				
Innvandrere	0,93	-0,58	0,570	0,72	1,2
Barn av innvandrere	1,03	0,23	0,820	0,78	1,37
Barnets utd.	0,56	-11,5	<0,001	0,51	0,62
Foreldres utd.	1,12	5,98	<0,001	1,08	1,17
	F90/F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis opptrer i barne- og ungdomsalder (ADHD mv.)			95 % CI	
	OR	z	P> z	Lav	Høy
Barnevern (0/1)	1,26	9,41	<0,001	1,2	1,32
Kjønn (jente=1)	0,52	-27,8	<0,001	0,49	0,54
Alder (kont.)	0,86	-33,2	<0,001	0,85	0,86
Innvandrerkategori					
Øvrig bef.	Ref.				
Innvandrere	0,56	-9,23	<0,001	0,49	0,63
Barn av innvandrere	0,63	-6,09	<0,001	0,55	0,73
Barnets utd.	0,76	-13,1	<0,001	0,73	0,79
Foreldres utd.	0,90	-10,5	<0,001	0,89	0,92

Resultatene i tabell 10-14 og tabell 10-15 viste at barn i kontakt med barnevernet hadde signifikant høyere odds ratio (OR) for å ha affektive lidelser (OR = 0,87, $p < 0,001$) og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (OR = 1,15, $p < 0,001$) sammenlignet med de som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet. For gjennomgripende utviklingsforstyrrelser var oddsen 0,62 ($p < 0,001$), og for atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser var oddsen 1,26 ($p < 0,001$). Andre signifikante faktorer inkluderte kjønn, alder, innvandringskategori og utdanningsnivå for både barnet og foreldrene.

I tabell 10-16 presenteres resultater fra regresjonsanalyser der hver av de ulike diagnosegruppene utgjør dikotom avhengig variabel for om man har fått diagnosen i løpet av perioden, og barnevernstiltaket er uavhengig variabel. Vi har også betinget på at man har hatt barnevernstiltak i løpet av perioden – slik at man sammenlikner innad i barnevernspopulasjonen mellom det å ha hatt ulike typer tiltak. I tillegg kontrollerer vi i alle modellene for kjønn, alder, innvandrerkategori og høyest fullførte utdanning for både barn og foreldre. Av pedagogiske hensyn oppgir vi kun odds ratio og indikerer statistisk signifikante sammenhenger med stjerne, vi presenterer ikke koeffisientene for hver av de uavhengige variablene, slik vi gjorde i tabellen over.

Tabellen viser at barn som i løpet av studieperioden er på barnevernsinstitusjon har signifikant lavere odds for å bli diagnostisert med affektive lidelser og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, sammenliknet med andre barn i barnevernet. For barn i fosterhjem har også disse lavere odds for å bli diagnostisert med affektive lidelser enn andre barn i barnevernet, mens de har høyere odds for å få diagnoser innenfor nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser. Barn i fosterhjem har også høyere odds for å bli diagnostisert med adferdsforstyrrelser, og det samme gjelder barn i beredskapshjem. Barn som har mottatt tiltak uten plassering (kostra251) har signifikant høyere sannsynlighet for å få diagnoser innenfor spekteret av affektive lidelser, og lavere sannsynlighet for å få diagnoser innenfor atferdsforstyrrelser mv.

Tabell 10-16 Logistisk regresjonsanalyse med det å bli diagnostisert i en spesifikk diagnosegruppe som avhengig variabel (dikotom) og barnevernskategori som uavhengig variabel. Kontrollert for kjønn, alder, innvandringskategori, barnets høyest fullførte utdanning og foreldres høyest fullførte utdanning. Modellene er kjørt separat for hver diagnosegruppe og betinget på at man har vært i kontakt med barnevernet i løpet av perioden. Gjensidig utelukkende barneverns kategorier. OR = Odds ratio. Robuste standardfeil. 2013-2020.

	OR			
	Institusjon	Fosterhjem	Beredskapshjem	Kostra251
F30/F39 Affektive lidelser	0,78**	0,81**	1,18	1,25**
F40/F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	0,84**	1,19***	1,19	0,96
F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, autisme m.m.	1,15	0,83	1,33	0,99
F90/F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis opptrer i barne- og ungdomsalder (ADHD mv.)	1,09	1,14**	0,65**	0,93*

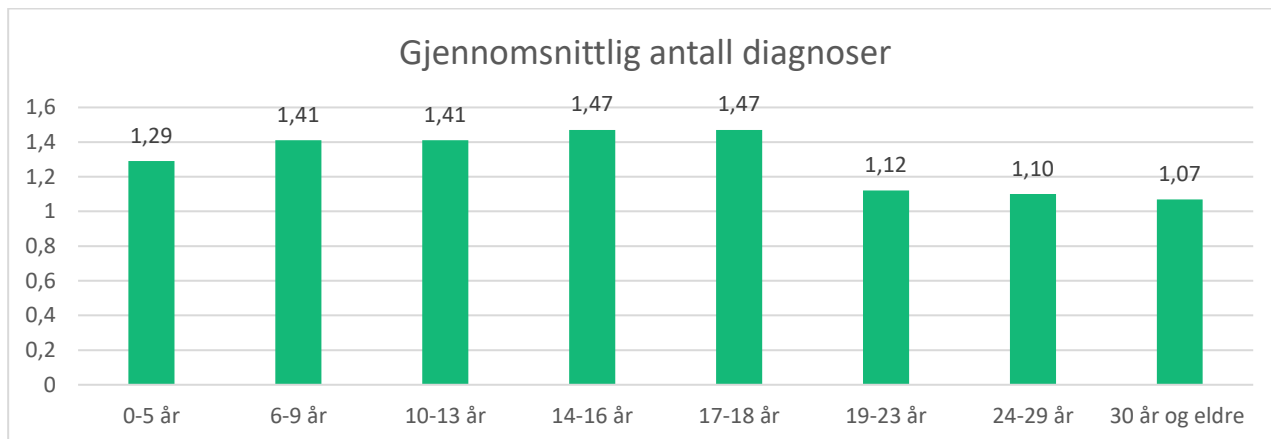
*** indikerer at sammenhengen er statistisk signifikant ved <1 % signifikansnivå.

** indikerer at sammenhengen er statistisk signifikant ved <5 % signifikansnivå.

* indikerer at sammenhengen er statistisk signifikant ved <10 % signifikansnivå.

Under akse 2 i diagnosesystemet for PHBU har vi undersøkt to hovedgrupper av diagnoser: F80 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk og F81 spesifikke utviklingsforstyrrelser i skoleferdigheter, lærevansker. Dette med tanke på at det kunne være interessant å undersøke om det var forskjell mellom barnevernspopulasjonen og øvrig pasientpopulasjon her. Her viser våre data at dette gjelder relativt få tilfeller – totalt er det 375 pasienter som er kodet med F80 og 528 pasienter som er kodet med F81 i perioden. Av disse var det 55 pasienter (ca. 15 %) kodet med F80 og 80 pasienter (ca. 15 %) kodet med F81 som var i kontakt med barnevernet i løpet av perioden.

Til slutt i delkapitlet om diagnoser har vi undersøkt *multimorbiditet*, målt ved en variabel som teller antall ulike diagnoser per person i PHBU i løpet av studieperioden. I figur 10-16 viser vi hvordan gjennomsnittlig antall diagnoser fordeler seg i ulike alderskategorier i hele materialet vårt. Denne viser at de som eldst i snitt har færre diagnoser enn de yngre, noe som kanskje kan skyldes økende utredning og diagnostisering i PHBU de senere årene. Rundt halvparten av populasjonen hadde kun én hoveddiagnose, mens 38 % var registrert med to og 10 % med tre diagnoser. De øvrige hadde mer enn tre diagnoser.



Figur 10-16 Gjennomsnittlig antall diagnoser i barne- og ungdomspopulasjonen som har vært til behandling i PHBU i perioden 2013-2020. N = 195 022.

Vi ønsket å undersøke om det var forskjeller i multimorbiditet avhengig av om man hadde vært i kontakt med barnevernet eller ikke, samt om det var forskjeller basert på kjønn, alder, utdanning og innvandringsstatus. Under presenterer vi resultatene fra en multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall diagnoser som avhengig variabel og barnevern og de demografiske/sosioøkonomiske variablene som uavhengige variabler.

Tabell 10-17 viser at barn i barnevernet har litt flere diagnoser enn den øvrige befolkningen, når vi holder variabler som kjønn, alder, barnets og foreldres utdanning og innvandringsstatus konstant. Jenter har flere diagnoser enn gutter, mens økt alder i dette datagrunnlaget betyr litt færre diagnoser i snitt. Høyere utdanning hos barnet selv ser ut til å gi færre diagnoser (henger sammen med aldersfordelingen her), og jo høyere utdanning foreldrene har, jo flere diagnoser har barnet. Det å være innvandrer henger ikke systematisk sammen med antall diagnoser, mens barn av innvandrere ser ut til å ha færre diagnoser i gjennomsnitt.

Tabell 10-17 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall diagnoser som avhengig variabel og barnevern (0/1), kjønn, alder, barnets utdanning, foreldres høyest fullførte utdanning og innvandringskategori. Koeffisient, t-verdi, p-verdi og 95 % konfidensintervall.

	Koeff.	t	P> z	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,11	27,88	<0,001	0,10	0,12
Kjønn (jente=1)	0,10	33,52	<0,001	0,09	0,10
Alder (kont.)	-0,002	-4,12	<0,001	-0,003	-0,001
Barnets utd. (gitt>0)	-0,04	-19,07	<0,001	-0,04	-0,03
Foreldres utd.	0,01	11,86	<0,001	0,01	0,02
Innvandrerkategori					
Øvrig bef.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Innvandrer	-0,01	-1,19	0,24	-0,02	-0,01
Barn av innvandrere	-0,05	-6,02	<0,001	-0,06	-0,03

Polikliniske konsultasjoner i PHBU og kontakt med barnevernet

Vi har kjørt regresjonsanalyser med vekter (basert på matching, jf. metodedel) for å estimere sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per år (kontinuerlig variabel) og det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året (uavhengig variabel). Videre har vi lagt til helseregion som uavhengig variabel, for å undersøke om det er forskjeller i helsetjenestebruk avhengig av helseregion. Vi kjørte også modellene uten vekter, men med forklaringsvariablene kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning – for å identifisere separate sammenhenger med disse utfallsvariablene (kommenteres i tekst).

Resultatet for PHBU presenteres i tabell 10-18. Å legge til helseregion i modellen endret estimatene av å være i kontakt med barnevernet på polikliniske konsultasjoner kun marginalt. I disse modellene sammenlikner vi barna i barnevernet med en matchet populasjon som har like bakgrunns karakteristika.

Vi ser at det å være i kontakt med barnevernet slår ut med i gjennomsnitt nesten 5 flere konsultasjoner, enn sammenliknbare barn i øvrig pasientpopulasjon. Sammenliknet med Helse Vest ser det ut til å være flere konsultasjoner i både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst i de offentlige poliklinikkene. Også blant avtalespesialister er det i snitt flere konsultasjoner blant barn i kontakt med barnevernet, men noe lavere enn tallet var for offentlige poliklinikker. Blant avtalespesialistkonsultasjonene var signifikant flere i Helse Nord og Helse Sør-Øst enn i Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde ikke en signifikant sammenheng. Vi gjør oppmerksom på at omfanget av avtalespesialister varierer mellom regionene, og dette vil nok påvirke tallene her.

Tabell 10-18 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall polikliniske konsultasjoner i PHBU som avhengig variabel og barnevern eller ikke, samt helseregion, som uavhengige variabler. Vektet med utgangspunkt i matchede vekter. Koeffisient, t-verdi, p-verdi og 95 % konfidensintervall. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister.

Off. Pol.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	4,8	14,9	<0,001	4,2	5,5
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	3,02	6,04	<0,001	2,04	4,01
Helse Nord	-0,07	-0,13	0,898	-1,24	1,08
Helse Sør-Øst	6,73	16,41	<0,001	5,93	7,54
Avt. Spes.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	2,9	3,38	0,001	1,2	4,5
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	-1,27	-1,07	0,286	-3,6	1,06
Helse Nord	6,23	2,12	0,034	0,46	12,01
Helse Sør-Øst	3,07	3,61	<0,001	1,4	4,74

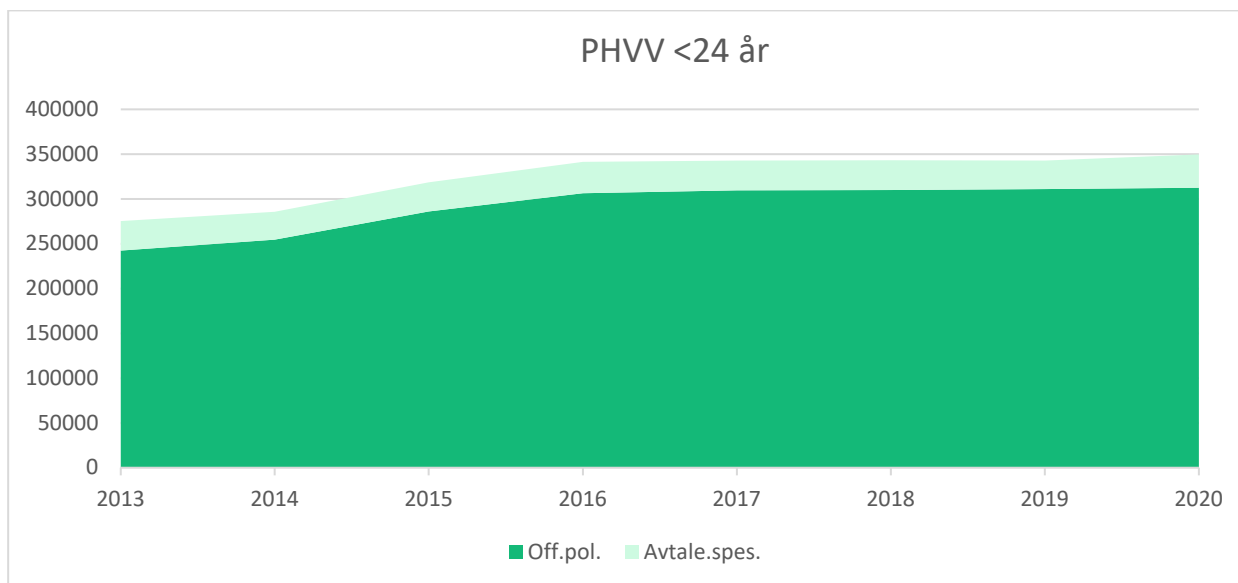
I analysene vi kjørte med vanlig justering, viste det seg at jenter i gjennomsnitt hadde 5 flere konsultasjoner enn gutter, det ble færre konsultasjoner med økende alder og økende utdanning (for barnet). Antall konsultasjoner økte også med foreldres utdanning i de offentlige poliklinikkene. Innvandrere hadde i gjennomsnitt 2 færre konsultasjoner per år, sammenliknet med norskfødte. Sammenhengen var ikke statistisk signifikant når det gjaldt barn av innvandrere, men øvrige funn var statistisk signifikante.

10.7.2 Psykisk helsevern for voksne 18-23 år (2013-2020)

I dette delkapitlet har vi gjort mange av de samme analysene som for PHBU-populasjonen, men vi har ikke studert diagnoser og multimorbiditet. Vi gir først statistikk på antall polikliniske kontakter, deretter tall for døgnopphold både som antall og som andel med barn i kontakt med barnevernet.

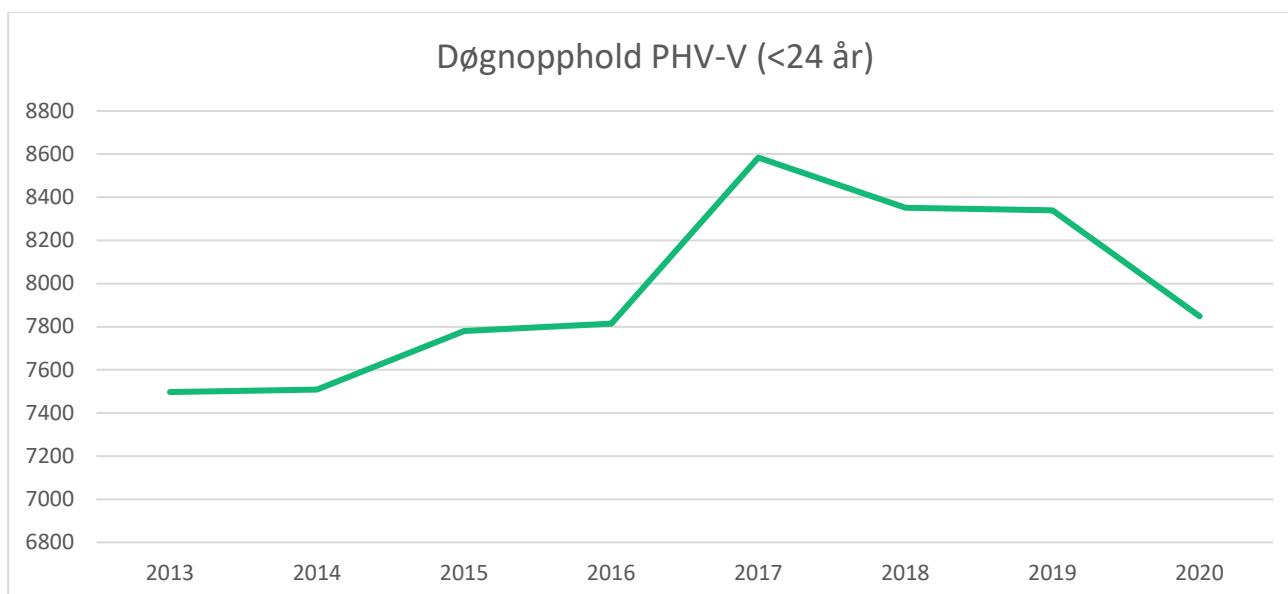
Poliklinikk

Figur 10-17 presenterer antall polikliniske kontakter i PHV-V i studieperioden, og da kun for personer i alderen 18-24 år, ikke alle pasienter i PHV-V. Vi minner om at andel poliklinikk-kontakt av barn i kontakt med barnevernet ble presentert for alle sektorer under delkapitlet for PHBU innledningsvis i dette kapitlet.

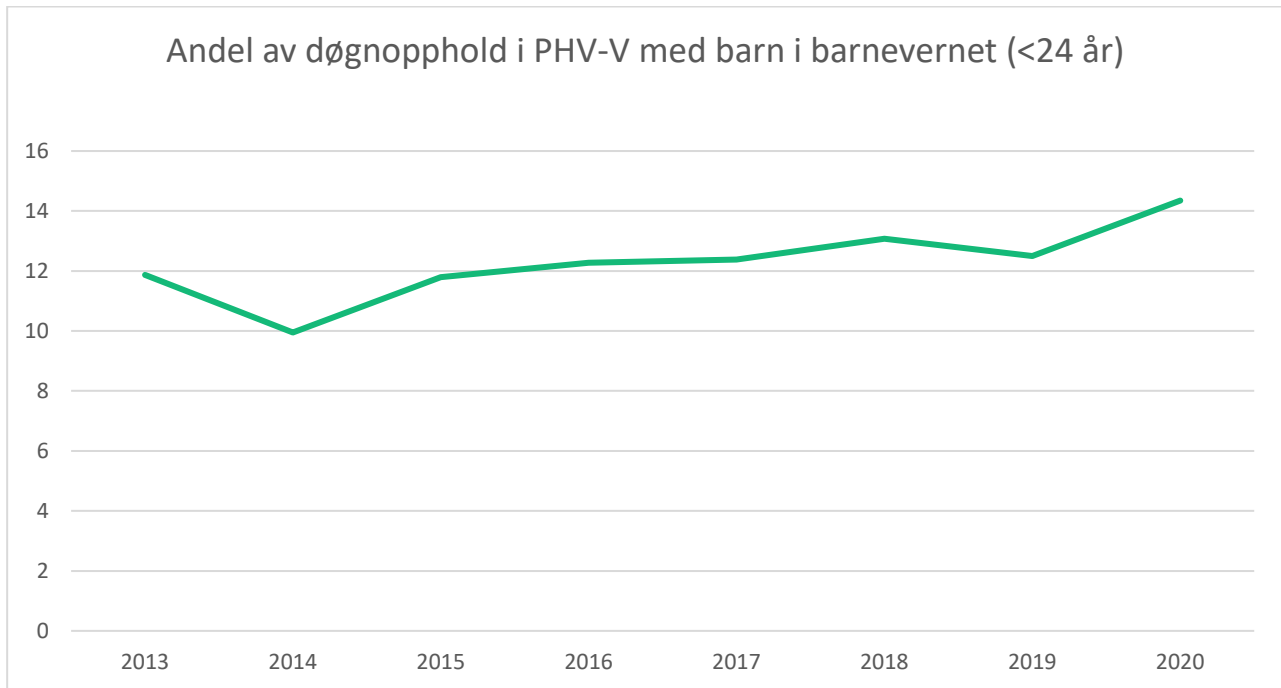


Figur 10-17 Antall polikliniske kontakter i PHV-V i perioden 2013-2020. Offentlige poliklinikker og konsultasjoner hos avtalespesialister. Unge voksne 18-24 år.

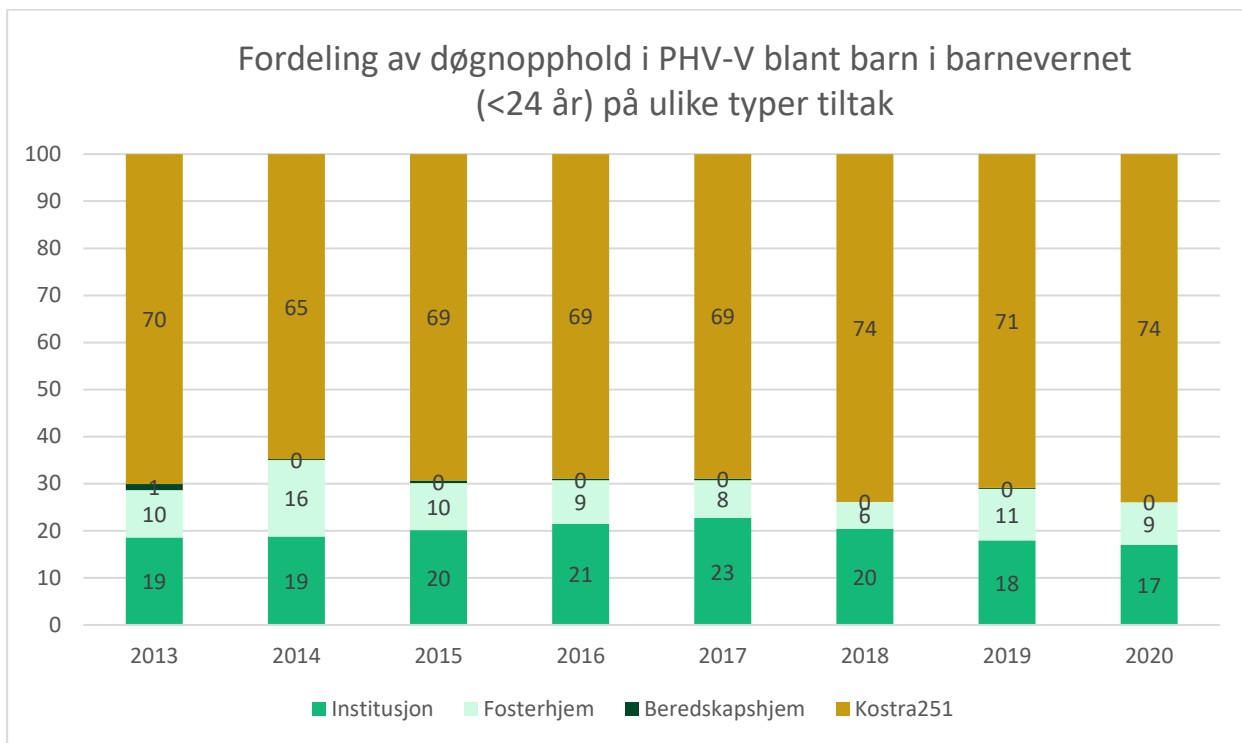
Døgn



Figur 10-18 Antall døgnopphold i PHV-V unge voksne pasienter 18-24 år i perioden 2013-2020.



Figur 10-19 Andel av antall døgnopphold det enkelte år i PHV-V som gjelder unge voksne 18-24 år som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året. Prosent.



Figur 10-20 Andel av totalt antall døgnopphold for unge voksne pasienter 18-24 år i PHV-V og i barnevernet samme år som har hatt ulike typer tiltak i barnevernet i løpet av året. Prosent.

Polikliniske konsultasjoner i PHV-V og kontakt med barnevernet

Vi har kjørt regresjonsanalyser med vekter (basert på matching, jf. metodedel) for å estimere sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per år (kontinuerlig variabel) og det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året (uavhengig variabel). Videre har vi lagt til helseregion som uavhengig variabel, for å undersøke om det er forskjeller i helsetjenestebruk avhengig av helseregion. Vi kjørte også modellene uten vekter, men med forklaringsvariablene kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning – og presenterer separate sammenhenger med disse utfallsvariablene.

Resultatet for PHV-V presenteres i tabell 10-19. Inklusjon av helseregion i modellen endret estimatene av å være i kontakt med barnevernet på polikliniske konsultasjoner kun marginalt. Vi ser at det ikke var systematiske sammenhenger mellom barn i barnevernet og barn i kontrollpopulasjonen i PHV-V. I Helse Sør-Øst hadde pasientene i gjennomsnitt nesten to flere konsultasjoner enn i Helse Vest. Det samme gjaldt andre private aktører. Også her var det slik at jenter hadde høyere antall konsultasjoner, tallet steg med alder og ble lavere med fullført utdanning for den unge, men høyere ved økt utdanning hos foreldrene. Innvandrere hadde i gjennomsnitt færre konsultasjoner også i PHV-V.

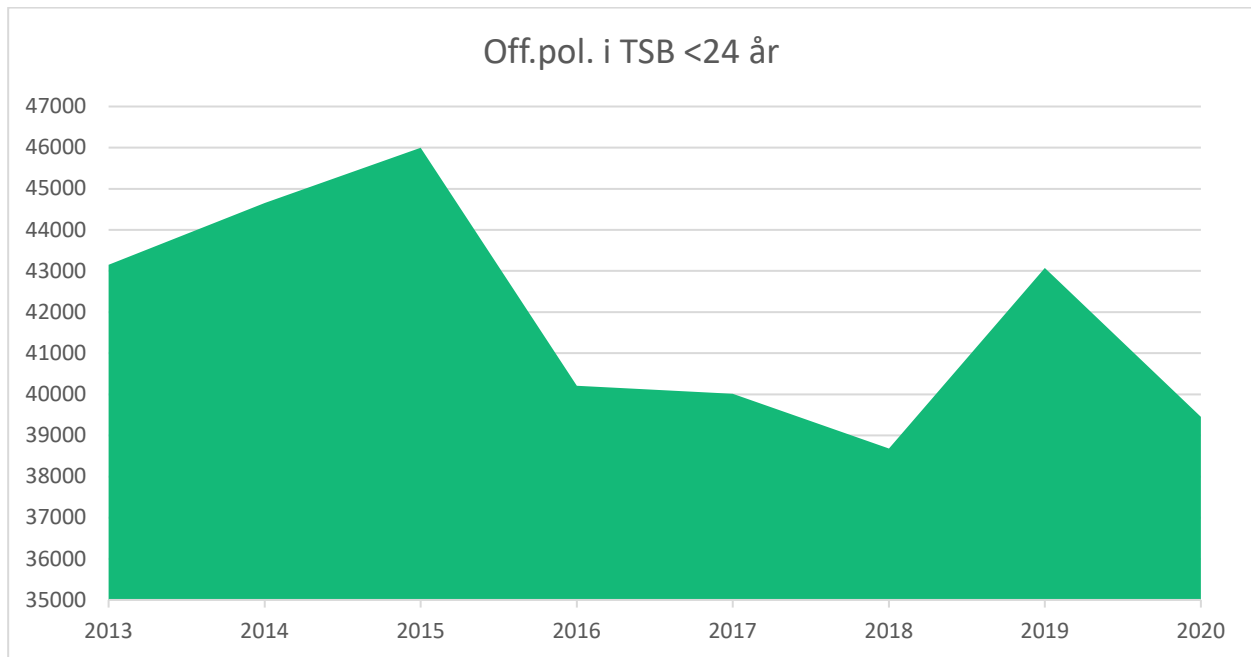
Tabell 10-19 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall polikliniske konsultasjoner i PHV-V som avhengig variabel og barnevern eller ikke, samt helseregion, som uavhengige variabler. Helse Vest som referansekategori. Vektet med utgangspunkt i matchede vekter. Pasienter i alderen 18-24 år. Koeffisient, t-verdi, p-verdi og 95 % konfidensintervall. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister.

Off. Pol.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	-0,08	-0,07	0,940	-2,56	2,39
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	0,93	0,92	0,357	-1,05	2,92
Helse Nord	0,58	0,35	0,723	-2,64	3,82
Helse Sør-Øst	1,92	2,48	0,013	0,40	3,43
Andre	-9,13	-14,2	<0,001	-10,3	-7,8
Avt. Spes.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,95	0,64	0,520	-1,93	3,83
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	-3,57	-2,28	0,023	-6,64	-0,50
Helse Nord	1,42	0,47	0,636	-4,45	7,29
Helse Sør-Øst	1,12	1,23	0,219	-0,66	2,89

10.7.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2013-2020)

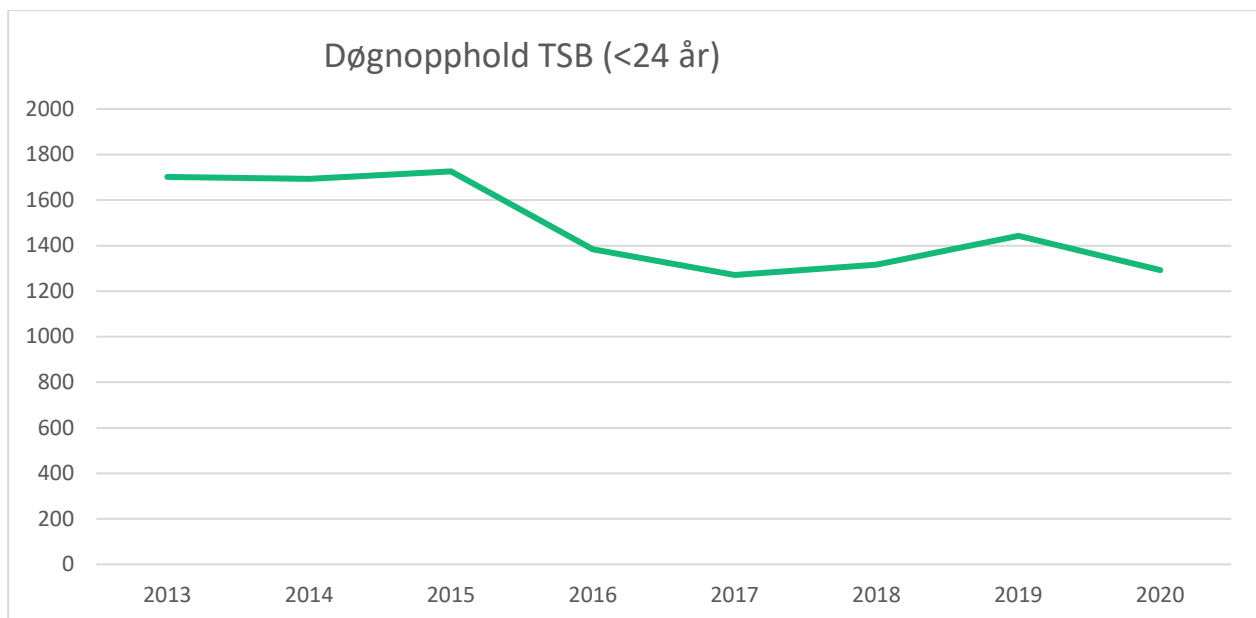
I TSB har vi ikke data på avtalespesialister. Også her er alle fremstillinger og analyser gjort for de av pasientene som var under 24 år (dvs. i realiteten 18-24 år, selv om det finnes noen unntak i tjenestene til voksne der yngre pasienter under 18 år inngår). Vi minner om at andel poliklinikk-kontakt av barn i kontakt med barnevernet ble presentert for alle sektorer under delkapitlet for PHBU innledningsvis i dette kapitlet.

Poliklinikk

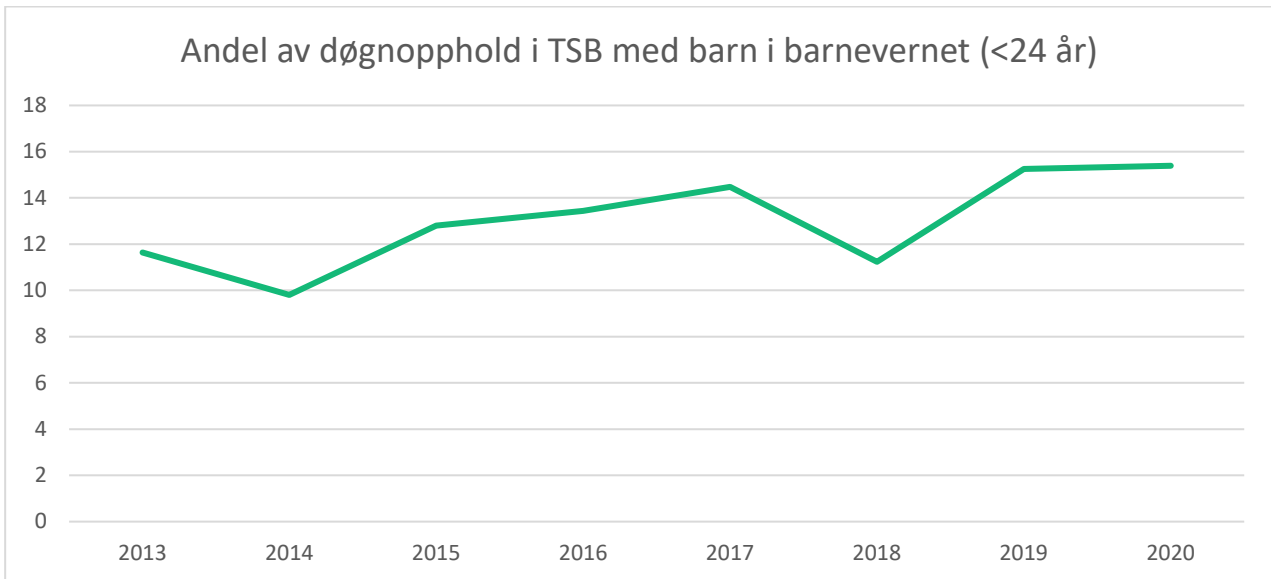


Figur 10-21 Antall polikliniske kontakter i TSB i perioden 2013-2020. Offentlige poliklinikker (ikke avtalespesialister i TSB). Unge voksne 18-24 år.

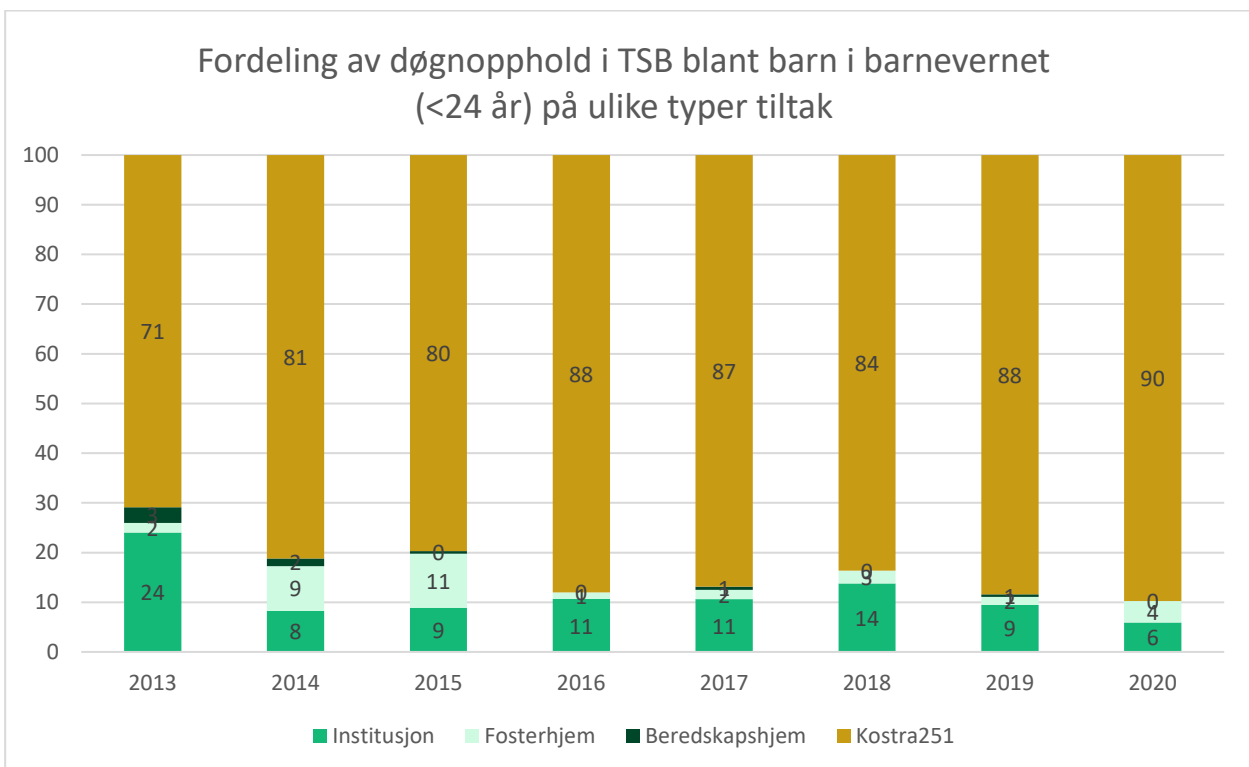
Døgn



Figur 10-22 Antall døgnopphold i TSB for pasienter 18-24 år i perioden 2013-2020.



Figur 10-23 Andel av antall døgnopphold det enkelte år i PHV-V som gjelder pasienter 18-24 år som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året. Prosent.



Figur 10-24 Andel av totalt antall døgnopphold for pasienter 18-24 år i TSB og i barnevernet samme år, som har hatt ulike typer tiltak i barnevernet i løpet av året. Prosent.

Polikliniske konsultasjoner i TSB og kontakt med barnevernet

Som beskrevet over for PHBU og PHV-V har vi kjørt tilsvarende regresjonsanalyser med vekter (basert på matching, jf. metodedel) for å estimere sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per år i TSB (kontinuerlig variabel) og det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året (uavhengig variabel). Videre har vi lagt til helseregion som uavhengig variabel, for å undersøke om det er forskjeller i helsetjenestebruk avhengig av helseregion. Vi kjørte også modellene uten vekter, men med forklaringsvariablene kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning – for å identifisere separate sammenhenger med disse utfallsvariablene (kommenteres i tekst).

Resultatet for TSB presenteres i tabellen under. Det var ikke en signifikant sammenheng mellom det å ha vært i barnevernet i løpet av året og antall polikliniske konsultasjoner i offentlige poliklinikker. Vi har ikke data på eventuelle avtalespesialister i TSB. Alle tre helseregionene slo ut med færre antall konsultasjoner enn Helse Vest (Helse Sør-Øst ikke statistisk signifikant). Også i TSB hadde kvinner i snitt flere konsultasjoner enn menn, antallet økte med alder, men sank med økt utdanning. Sammenhengen med foreldres utdanning var negativ, men ikke statistisk signifikant. Innvandrere hadde litt lavere antall konsultasjoner enn norskfødte.

Tabell 10-20 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall polikliniske konsultasjoner i TSB som avhengig variabel og barnevern eller ikke, samt helseregion, som uavhengige variabler. Helse Vest som referansekategori. Vektet med utgangspunkt i matchede vekter. Pasienter i alderen 18-24 år. Koeffisient, t-verdi, p-verdi og 95 % konfidensintervall. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister.

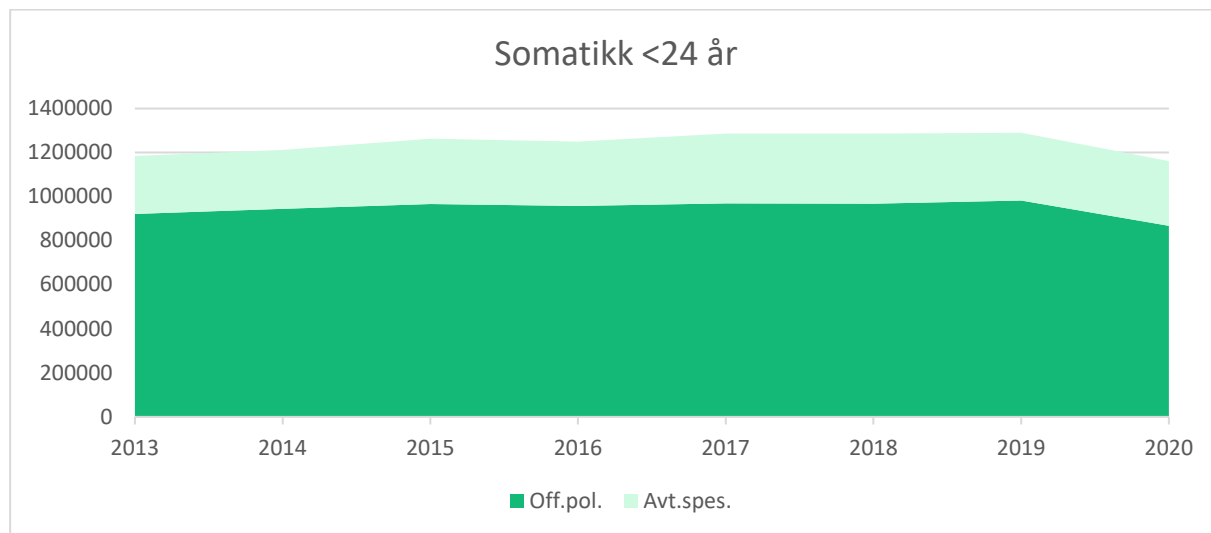
Off. Pol.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	-1,7	-1,38	0,168	-4,11	0,71
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	-5,56	-2,2	0,028	-10,5	-0,62
Helse Nord	-9,75	-5,61	<0,001	-13,2	-6,34
Helse Sør-Øst	-1,64	-0,91	0,362	-5,190	1,89
Andre	3,03	1,88	0,060	-0,13	6,19

10.7.4 Somatikk (2013-2020)

I figurene 10-25 til 10-27 og tabell10-21 på de neste sidene har vi gjort samme øvelse som for de øvrige sektorene, men nå for pasienter under 24 år som har hatt konsultasjon i somatisk spesialisthelsetjeneste. Vi minner om at andel poliklinikk-kontakt av barn i kontakt med barnevernet ble presentert for alle sektorer under delkapitlet for PHBU innledningsvis i dette kapitlet. Vi ser en sterk nedgang i døgnopphold blant de yngste pasientene i somatikken fra 2019-2020 i våre data, som altså kun inneholder barne- og ungdomspopulasjonen. SSB har omtalt nedgangen i en egen artikkel²³.

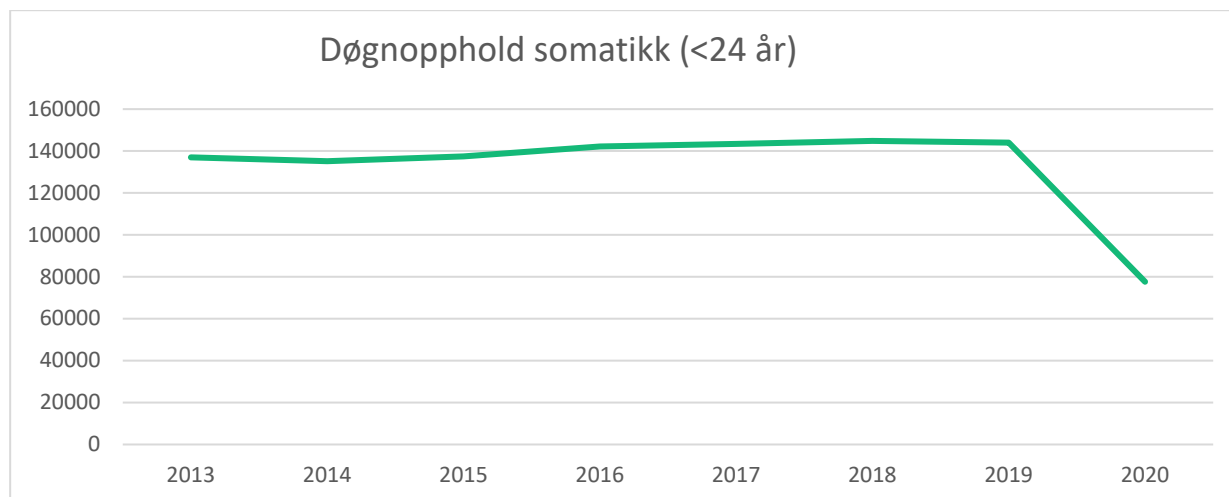
²³ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-pasienter-pa-sykehus-i-fjor>

Poliklinikk

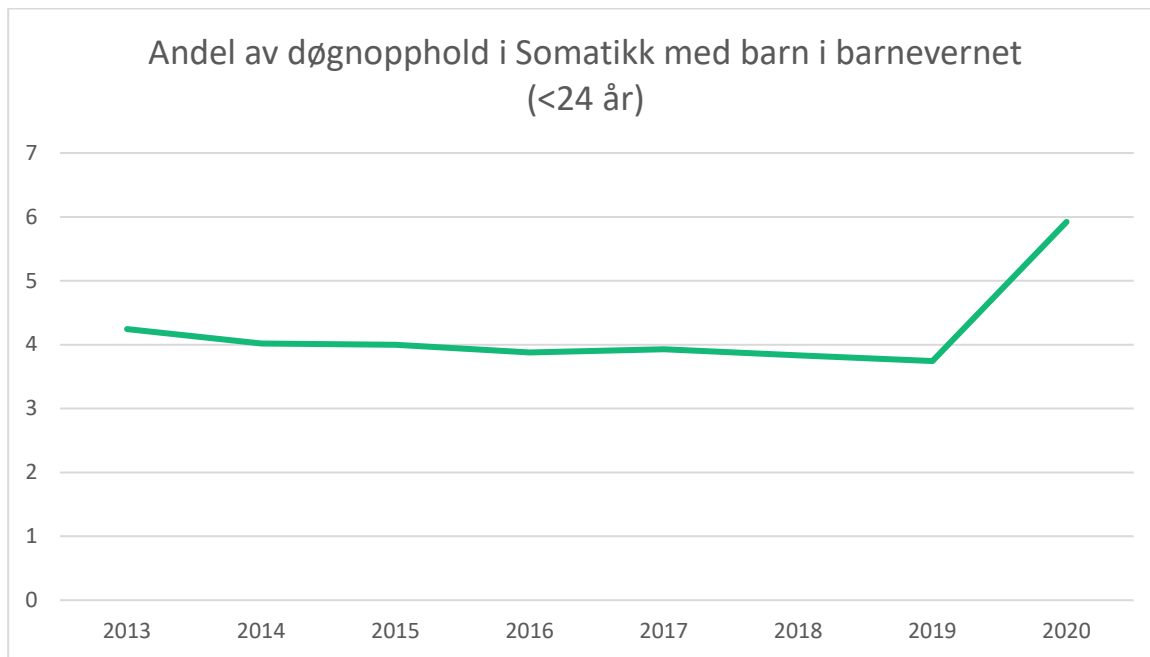


Figur 10-25 Antall polikliniske kontakter i Somatikk i perioden 2013-2020. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienter under 24 år.

Døgn



Figur 10-26 Antall døgnopphold i Somatikk for pasienter 18-24 år i perioden 2013-2020.



Figur 10-27 Andel av antall døgnopphold det enkelte år i Somatikk som gjelder pasienter 18-24 år som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året. Prosent.

Polikliniske konsultasjoner i Somatikk og kontakt med barnevernet

Som beskrevet over for de andre sektorene, har vi kjørt regresjonsanalyser med vekter (basert på matching, jf. metodedel) for å estimere sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per år i somatikken (kontinuerlig variabel) og det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året (uavhengig variabel). Videre har lagt til helseregion som uavhengig variabel, for å undersøke om det er forskjeller i helsetjenestebruk avhengig av helseregion. Vi kjørte også modellene uten vekter, men med forklaringsvariablene kjønn, alder, innvandring, utdanning og foreldres utdanning – for å identifisere separate sammenhenger med disse utfallsvariablene (resultatene kommenteres i tekst).

Resultatet for polikliniske konsultasjoner i somatikken presenteres i tabell 10-21. Det var marginale forskjeller mellom barn i kontakt med barnevernet og den matchede populasjonen. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde marginalt flere konsultasjoner sammenliknet med Helse Vest. Dette gjaldt både i offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister. Også i somatikken hadde jenter i snitt flere konsultasjoner enn gutter, antallet økte med alder, og hang negativt sammen med økende utdanning. Foreldres utdanning hang ikke systematisk sammen med antall konsultasjoner, mens innvandrere også her hadde færre konsultasjoner, sammenliknet med den øvrige pasientpopulasjonen som ikke var innvandrere eller barn av innvandrere.

Tabell 10-21 Multivariat regresjonsanalyse (OLS) med antall polikliniske konsultasjoner i Somatikk som avhengig variabel og barnevern eller ikke, samt helseregion, som uavhengige variabler. Helse Vest som referansekategori. Vektet med utgangspunkt i matchede vektorer. Pasienter i alderen 18-24 år. Koeffisient, t-verdi, p-verdi og 95 % konfidensintervall. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister.

Off. Pol.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,14	4,03	<0,001	0,07	0,21
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	0,24	3,26	0,001	0,09	0,38
Helse Nord	0,04	0,63	0,526	-0,09	0,17
Helse Sør-Øst	0,18	2,2	0,002	0,56	2,56
Andre	1,56	3,05	0,028	0,02	0,33
Avt. Spes.	Koeff.	t	P> t	95 % CI	
				Lav	Høy
Barnevern (0/1)	0,09	1,61	0,110	-0,02	0,21
Helse Vest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Helse Midt-Norge	0,23	4,38	<0,001	0,13	0,34
Helse Nord	-0,09	-1,32	0,188	-0,22	0,04
Helse Sør-Øst	0,44	10,64	<0,001	0,36	0,52

10.8 Tvang i spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet i metodekapitlet hadde vi tilgang til informasjon om rettslig grunnlag for tvangsbehandling for de som har blitt henvist på tvang i perioden 2015-2022, og her har vi valgt å bruke data helt fram til og med 2022. Datagrunnlagene som er tilgjengelig om tvang gjelder primært psykisk helsevern og har hjemmel i psykisk helsevernloven. Det er publisert svært lite om tvang i PHBU og TSB. Helsedirektoratet opplyser at rene rusinstitusjoner og TSB-avdelinger rapporterer lite eller ingenting om tvangsbruk selv om de aktuelle kodeverkene i noen grad også peker på lovgrunnlag som er mest relevant i TSB. Vi har derfor valgt å ikke gjøre regresjonsanalyser på tvang i TSB, men har tatt med noe i den deskriptive framstillingen. Vi presiserer at dette er usikkert tallmateriale som må tolkes med forsiktighet (og muligheter for målefeil/dårlig datakvalitet), men forhåpentligvis kan det å vise hvordan dette ser ut i registerdata bidra til økt oppmerksomhet på kvaliteten i det som rapporteres om tvang fra spesialisthelsetjenesten.

I tabell 10-22 har vi rangert de fem hyppigst brukte vedtaksformalitetene, basert på andeler i hele populasjonen, som inngikk i tvangsfilene i denne perioden, inkludert de som har blitt paragrafvurdert til frivillig behandling. De aller fleste pasienter som henvises på tvang, ender med et vedtak om frivillig behandling (hhv. 97 % (PHBU), 94 % (PHV-V) og 91 % (TSB)). Særlig i psykisk helsevern for barn og unge er det svært få pasienter som tvangsbehandles. For de som ender med å få tvangsbehandling, var det mest vanlige tvungent psykisk helsevern, eller tvungen observasjon, med døgnopphold i PHBU. I PHV-V er det litt vanligere med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I TSB skilte "Tilbakehold av rusmiddelavhengig i institusjon i opptil tre uker fra eget samtykke er trukket tilbake" seg ut med en noe høyere andel av pasientene. Vi tar igjen forbehold om at det er publisert lite på de ulike typene tvang som registreres, og Helsedirektoratet oppgir på forespørsel at det er tvangsmidler, behandling uten samtykke og skjerming som er de kategoriene det publiseres mest på.

Tabell 10-22 De fem hyppigst brukte tvangsvedtakene i hhv. PHBU, PHV-V og TSB basert på andel av hele populasjonen i hver sektor som ble vurdert for tvangsbehandling. 1 = høyest andel, 2 = nest høyeste andel osv. Andel som endte med frivillig behandling i parentes. År 2015-2022.

Kode	Rettslig grunnlag for behandlingen (type formalitet)	PHBU n = 10 339	PHV-V n = 10 619	TSB n = 3 835
1	Frivillig	1 (97 %)	1 (94 %)	1 (91 %)
3	Tvungen observasjon uten døgnopphold			
4	Tvungen observasjon med døgnopphold	4	4	
6	Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold	3	2	
8	Barnevernloven			
10	Annen lov hjemmel/annet grunnlag			2
12	Nødrett (straffeloven paragraf 17)			
13	Rettsbestemt innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted			
14	Rettsbestemt at varetekt skal skje med plassering i psykisk helsevern			
15	Frivillig, representert samtykke	2 (2,9%)	5 (0,3%)	
21	Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern § 3-5			
23	Tilbakehold av rusmiddelavhengig i institusjon på grunnlag av eget samtykke i opptil tre uker fra inntaket.			
24	Tilbakehold av rusmiddelavhengig i institusjon i opptil tre uker fra eget samtykke er trukket tilbake			4
51	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	5	3	5
52	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med frivillig innleggelse			
70	Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern			
74	Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern			
75	Dom på tvungen omsorg			
91	Fylkesnemdsvedtak om tilbakehold av rusmiddelavhengig i institusjon uten eget samtykke			
92	Fylkesnemdsvedtak om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige			
93	Midlertidig vedtak av kommunen om tilbakehold av rusmiddelavhengig			
94	Midlertidig vedtak av kommunen om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige			
99	Missing/uoppgitt			3

10.8.1 Type tvang i PHBU

Av barne- og ungdomspopulasjonen i perioden 2010-2021 hadde vi 246 659 personer som var registrert i PHBU i perioden 2015-2022, der ca. 50 % var kvinner. For de som mottar tvang skal det også registreres hvilken type tvang som er utøvd til NPR. Vi tar forbehold om at disse dataene ikke er helt komplette (jf. artikkel av Olesen, 2020). I perioden 2015-2022 ble det registrert type tvang for 516 unike pasienter i PHBU i vår populasjon, og hver person kunne registreres med flere typer tvang. Som beskrevet i metodekapitlet skal ikke barn under 16 år tvangsbehandles (foreldrene eller andre med foreldreansvaret, har rett til å samtykke til helsehjelp på deres vegne. Dette gjelder både innleggelse i somatisk avdeling og psykisk helsevern), så i praksis betyr dette at de vi studerer her er ca. 16-17-år gamle, men med noen unntak. Noen får fortsette behandling i BUP etter fylte 18 år, og registrene vil ikke være helt rendyrket aldersmessig (dvs. det vil alltid finnes noen under 18 år registrert i PHV-V og TSB og noen over 18 år registrert i PHBU).

I tabell 10-23 fremstilles de ulike typene tvang man kan være registrert med i NPR, og hvordan dette fordelte seg i hele populasjonen som var til behandling i PHBU, samt de som var eller ikke var i kontakt med barnevernet i løpet av perioden. Her lot vi hver person som var registrert med type tvang telle én gang per år for hver av tvangskategoriene vedkommende var registrert i. De som er med i alle årganger bidrar potensielt mest. I realiteten kan én person være registrert med for eksempel fastholding flere ganger per dag (vi fjerner dubletter per dag), og tallet i figuren viser altså ikke summen av alle hendelser, men hvor mange som var registrert minst én gang per år per kategori. Grunnet manglende barnevernsdata etter 2020, har de to siste kolonnene redusert tidsserie. Som vi ser er det kortvarig fastholding som er største kategori, med rundt halvparten av tilfellene – og noe høyere andel for barn i barnevernet (53 %). Nest største kategori er undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (21 % av de i kontakt med barnevernet). Dernest følger skjerming, mekaniske tvangsmidler (remmer osv.) og tvungen ernæring. Sistnevnte er registrert hos en relativt lav andel i barn i barnevernet (2 %).

Tabell 10-23 Antall og andel registrert med ulike typer tvangskategorier i perioden 2015-2022 for hele populasjonen i PHBU, og 2015-2020 for barnevern/ikke barnevern.

Kode	Kategori	PHBU (2015-2022)		Ikke BV (2015-2020)		BV (2015-2020)	
		Antall registrert	Andel	Antall registrert	Andel	Antall registrert	Andel
1	Skjerming	231	12	78	11	70	10
2	Innskrenket forbindelse med omverdenen - inntil 14 dager	22	1	7	1	8	1
3	Undersøkelse av rom, eiendeler, samt kroppsvisitasjon	330	17	164	23	142	21
4	Beslag	14	1	7	1	3	0
5	Mekaniske tvangsmidler - ikke under 16 år	82	4	28	4	36	5
6	Innelåsing uten personale til stede - ikke under 16 år	13	1	2	0	9	1
7	Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel	42	2	16	2	17	2
8	Tvangsbehandling med legemiddel	43	2	12	2	11	2
9	Annen tvangsbehandling	1	0	1	0	0	0
10	Ukjent (ikke kode i kodebok, men registrert i fil)	2	0	1	0	1	0



11	Rusmiddeltesting	14	1	6	1	6	1
12	Kortvarig fastholding	949	49	328	45	360	53
13	Tvangsbehandling ved tvungen ernæring	117	6	45	6	11	2
14	Ukjent (ikke kode i kodebok, men registrert i fil)	9	0	7	1	2	0
15	Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler	4	0	2	0	2	0
16	Kroppslig undersøkelse	1	0	0	0	1	0
17	Innskrenkinger i forbindelse med omverdenen	4	0	4	1	0	0
18	Nattelåsing av pasientrom	0	0	0	0	0	0
19	Rusmiddeltesting	0	0	0	0	0	0
20	Innskrenket forbindelse med omverdenen	0	0	0	0	0	0
21	Kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler	3	0	2	0	1	0
22	Beslag	1	0	0	0	0	0
23	Kortvarig fastholding	2	0	1	0	1	0
141	Overføring til annen institusjon	15	1	4	1	0	0
142	Overføring mellom tvangsformer	25	1	10	1	4	1
143	Overføring av domfelt til annen institusjon og/ eller annen tvangsform	0	0	0	0	0	0
	Totalt	1924	100	725	100	685	100

Videre har vi beregnet totalt antall registrerte typer tvang per år per individ (uavhengig av hvilken type tvang som ble registrert), og derigjennom beregnet gjennomsnitt og median per år per person. Noen enkeltpersoner kan ha svært mange tvangshendelser i løpet av et år, som vil trekke opp gjennomsnittet mye. Gjennomsnittet for tvangspopulasjonen i hele perioden 2015-2022 lå på 8 tvangshendelser per person, mens medianen var 2. I 2015 og 2019 var gjennomsnittet lavest av årene i perioden med 5 tvangshendelser per person (median = 1 i 2015, 2 i 2019), for deretter å øke til 8 i 2020 (median =2), 14 i 2021 (median =2) og 11 i 2022 (median = 2).

En t-test av den kontinuerlige variabelen med antall typer tvang per år per individ viste at jenter i gjennomsnitt hadde signifikant høyere antall tvangshendelser enn gutter i materialet (gutter hadde gjennomsnitt 3,04 (SD 5,7, 95% CI 2,58 – 3,50), jenter hadde 10,4 (SD 30,2, 95% CI 8,78-12,0) – signifikant ved 1% signifikansnivå). Et eksempel på type tvang, der det var store forskjeller mellom kjønnene, er for eksempel andelen som får tvungen ernæring – her var 97 % jenter. Det var mindre forskjell når det gjaldt for eksempel skjerming (63% jenter).

Videre testet vi gjennomsnittlig antall tvangshendelser, mellom barn som har vært i kontakt med barnevernet og ikke, i PHBU-populasjonen. Dette viste at barn i barnevernet i snitt hadde 2,5 færre hendelser, sammenliknet med den øvrige pasientpopulasjonen (6,4 vs. 8,9 tvangshendelser). Sammenhengen var signifikant ved 5 % signifikansnivå. Vi testet også for ulike typer barnevernstiltak (dikotome variabler for om man har vært i hhv. institusjon, fosterhjem, beredskapshjem, eller mottatt

hjelpetiltak ihht. SSBs definisjon²⁴. Her var det kun det å ha hjelpetiltak i hjemmet som slo ut som systematisk forskjellig (ved 1 % signifikansnivå) – de som hadde dette hadde i gjennomsnitt 4,9 tvangstiltak per år (SD 11,3, 95% CI 3,9 – 5,8), mens de som ikke hadde det i gjennomsnitt hadde 9,4 tiltak (SD 29,2, 95% CI 7,8 – 10,9).

10.8.2 Tvungent døgnopphold eller tvungen observasjon med døgnopphold i PHBU

I tabell 10-24 presenteres tall for pasienter i vår populasjon som var til behandling i PHBU og som ble registrert med tvungent døgnopphold eller innleggelse til tvungen observasjon hvert av årene 2015-2020. Tallene presenteres som totaltall (unike personer) og separat mellom de som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året og ikke (uavhengig av årsak til kontakten med barnevernet). Her stopper tidsserien i 2020 fordi vi ikke har tilgang på barnevernsdata etter dette året.

Tabellen viser at de fleste av årene hadde over halvparten av pasientene registrert med innleggelse på tvang, som hadde hatt kontakt med barnevernet. En chi-kvadrat-test viste at forskjellen i tvungent døgnopphold/observasjon mellom de som har vært i kontakt med barnevernet, og ikke, var statistisk signifikant ved 1 % signifikansnivå. Det var også slik at en høyere andel jenter enn gutter hadde hatt tvungent døgnopphold/observasjon, og kjønnsforskjellen var statistisk signifikant ved 1 % signifikansnivå. 22 prosent av de med tvungent døgnopphold/observasjon i denne perioden var innvandrere eller barn av innvandrere (etter SSBs kategorisering av innvandrere i demografidata²⁵). En chi-kvadrat-test mellom befolkningskategoriene (innvandrere/øvrig) og det å ha vært i kontakt med barnevernet viste ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt å ha vært i kontakt med barnevernet det året tvangsinnleggelsen/ tvangsobservasjonen skjedde. I regresjonsanalysen presentert under, skal vi imidlertid se at innvandring slo ut i modellen.

Tabell 10-24 Antall pasienter i PHBU registrert med tvungent døgnopphold eller innleggelse til tvungen observasjon i perioden 2015-2020, totalt og fordelt på om man har vært registrert i barnevernet (BV) i løpet av året. Andel barn registrert hos barnevernet av totalen.

	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon. Ikke BV	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon. BV	Andel (%) BV
2015	17	6	11	65
2016	29	17	12	41
2017	26	8	18	69
2018	26	12	14	54
2019	27	12	15	56
2020	36	19	17	47
Antall totalt	161	74	87	54

Vi ønsket å studere sammenhengen mellom det å være på tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon, og det å ha vært i kontakt med barnevernet i løpet av perioden (se tabell 10-25). Vi laget en dikotom avhengig variabel for om man hadde vært på tvunget døgn eller innlagt til observasjon, og kjørte en logistisk regresjon der vi inkluderte en dikotom variabel for kontakt med barnevern eller ikke, samtidig som vi kontrollerte for kjønn, alder, høyest fullførte utdanning, og innvandrere eller ikke. Analysen ble kjørt for perioden 2015-2020, da vi hadde informasjon om kontakt med barnevernet. Som vist i tabellen ser vi at jenter har høyere sannsynlighet enn gutter til å bli innlagt på tvang i PHBU, risikoen øker med alder, og

²⁴ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

²⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>

faller med høyere utdanning. Sammenliknet med øvrig pasientpopulasjon, har innvandrere økt sannsynlighet for å bli innlagt på tvang (for barn av innvandrere var det ikke en klar sammenheng, så i endelig modell brukte vi innvandrer/øvrig befolkning som en dikotom variabel). Til slutt i modellen ser vi at det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året gir nærmest en firedobbel risiko for å være på tvungent døgnopphold, sammenliknet med de som ikke har vært i kontakt med barnevernet. Vi kjørte også samme analyse med helseregion som uavhengig variabel, men dette endret ikke estimatene i den opprinnelige modellen, og ingen av de tre øvrige helseregionene skilte seg systematisk fra Helse Vest, som var sammenlikningskategorien.

Tabell 10-25 Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for å være på tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon i PHBU i perioden 2015-2020. Kjønn (1 = kvinne), alder (kontinuerlig), høyest fullførte utdanning (kontinuerlig, 0 = ikke utdanning, 5 = universitet/høyskole lang), om man er innvandrer eller ikke, kontakt med barnevern eller ikke. Odds ratio (OR), p-verdi/z-score, 95 % konfidensintervall.

Variabel	Tvungent døgnopphold eller innlagt til observasjon i psykisk helsevern for barn og unge (0/1)			
	OR	P> z	[95% Konf. Intervall]	
Kjønn (kvinne=1)	1,73	0,002	1,23	2,40
Alder	1,22	<0,001	1,16	1,28
Utdanning	0,30	<0,001	0,17	0,49
Innvandrer (0/1)	2,28	<0,001	1,53	3,41
Barnevern (0/1)	3,9	<0,001	2,82	5,41
No of obs/ Pseudo R2	168,391 /0,0655			

10.8.3 Type tvang i PHV-V

Av hele barne- og ungdomspopulasjonen hadde vi 246 659 personer som var registrert i PHV-V i perioden 2015-2022, der ca. 60 prosent var kvinner. I perioden 2015-2022 ble det registrert type tvang for 8 144 ulike personer i vår populasjon i PHV-V, og hver person kunne registreres med flere typer tvang. Som vi gjorde for PHBU, presenterer vi de ulike typene tvang man kan være registrert med i NPR, og hvordan dette fordelte seg i hele populasjonen som var til behandling i PHV-V, samt de som var eller ikke var i kontakt med barnevernet i løpet av perioden. Tvang er mer vanlig i PHV- V enn i PHBU, og siden vi nå har med en populasjon fra 18 år og opp å gjøre, forventet vi høyere tvangstall her. I tabell 10-26 har vi tatt ut tall for de som var opp til 23 år i 2020, for at det skulle bli sammenliknbart i kolonnene mellom de som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet og de som hadde det. Som for PHBU lot vi hver person som var registrert med type tvang telle én gang per år for hver av tvangskategoriene vedkommende var registrert i. De som er med i alle årganger bidrar potensielt mest. I utgangspunktet kan én person være registrert med for eksempel fastholding flere ganger per dag, og tallet i figuren viser altså ikke summen av alle hendelser, men hvor mange som var registrert minst én gang per år per kategori. Grunnet manglende barnevernsdata etter 2020, har de to siste kolonnene redusert tidsserie.

Mens kortvarig fastholding var det mest vanlige i PHBU, var skjerming og tvangsbehandling med legemidler de største kategoriene blant alle i PHV-V i hele perioden (38 %). Hvis vi ser på de under 24 år i PHV-V og sammenlikner de som har vært i kontakt med barnevernet eller ikke i perioden 2015-2020, var det en høyere andel som hadde opplevd kortvarig fastholdning blant de som var i kontakt med barnevernet (28 %). Én av fem hadde opplevd undersøkelse av rom/eiendeler/kroppsvitasjon og 14% hhv. skjerming og mekaniske tvangsmidler.

Tabell 10-26 Antall og andel registrert med ulike typer tvangskategorier i perioden 2015-2022 for hele populasjonen i PHV-V, og 2015-2020 for barnevern/ikke barnevern. Personer under 24 år der barnevern sammenliknes med ikke barnevern.

Kode	Kategori	PHV-V (2015-2022)		Ikke BV (2015-2020, <24 år)		BV (2015-2020, <24 år)	
		Antall registrert	Andel	Antall registrert	Andel	Antall registrert	Andel
1	Skjerming	2884	21	624	19	73	14
2	Innskrenket forbindelse med omverdenen - inntil 14 dager	337	2	85	3	17	3
3	Undersøkelse av rom, eiendeler, samt kroppsvisitasjon	2093	15	686	21	103	20
4	Beslag	153	1	49	2	7	1
5	Mekaniske tvangsmidler - ikke under 16 år	1237	9	354	11	74	14
6	Innelåsing uten personale til stede - ikke under 16 år	255	2	43	1	8	2
7	Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel	428	3	98	3	24	5
8	Tvangsbehandling med legemiddel	2392	17	336	10	23	4
9	Annen tvangsbehandling	17	0	8	0	0	0
10	Ukjent (ikke kode i kodebok, men registrert i fil)	4	0	3	0	0	0
11	Rusmiddeltesting	89	1	29	1	4	1
12	Kortvarig fastholding	1818	13	515	16	150	28
13	Tvangsbehandling ved tvungen ernæring	192	1	64	2	10	2
14	Ukjent (ikke kode i kodebok, men registrert i fil)	378	3	117	4	4	1
15	Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler	7	0	2	0	1	0
16	Kroppslig undersøkelse	1	0	0	0	1	0
17	Innskrenkinger i forbindelse med omverdenen	7	0	3	0	0	0
18	Nattelåsing av pasientrom	0	0	0	0	0	0
19	Rusmiddeltesting	7	0	1	0	0	0
20	Innskrenket forbindelse med omverdenen	8	0	1	0	0	0
21	Kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler	73	1	11	0	3	1
22	Beslag	20	0	3	0	3	1
23	Kortvarig fastholding	7	0	1	0	1	0
141	Overføring til annen institusjon	463	3	77	2	5	1
142	Overføring mellom tvangsformer	857	6	109	3	16	3
143	Overføring av domfelt til annen institusjon og/ eller annen tvangsform	37	0	0	0	0	0
	Totalt	13764	100	3219	100	527	100

Som for PHBU har vi beregnet totalt antall registrerte typer tvang per år per individ i PHV-V (uavhengig av hvilken type tvang som ble registrert), og derigjennom beregnet gjennomsnitt og median per år per person. Noen enkeltpersoner kan ha svært mange tvangshendelser i løpet av et år (og altså opptil flere per

dag), som vil trekke opp gjennomsnittet. I hele perioden var det rundt 40 % av hele tvangspopulasjonen vår i PHV-V som var registrert med én tvangshendelse, og 79 % hadde 1-4 tvangshendelser per år. Hvis vi ser bare på de under 24 år i PHV-V, var andelen med 1 hendelse 43 %, mens 78 % hadde opptil 4 tvangshendelser registrert. Gjennomsnittet for tvangspopulasjonen i hele perioden 2015-2022 lå på 4 tvangshendelser per person (av de som var registrert med en eller annen form for tvang), mens medianen var 2. I 2015 og 2019 var gjennomsnittet lavest av årene i perioden med hhv 3,4 tvangshendelser per person i 2015 og 4,0 i 2019 (median = 2 begge år). 2018 var året med høyest gjennomsnitt med 4,7 hendelser registrert per år per person i gjennomsnitt, mens gjennomsnittet falt ned til 4,3 i 2020 og 4,1 i 2021 og 2022.

En t-test av den kontinuerlige variabelen med antall typer tvang per år per individ viste at kvinner i gjennomsnitt hadde signifikant høyere antall tvangshendelser enn menn i materialet (menn hadde gjennomsnitt 3,3 (SD 5,2 95% CI 3,17 – 3,40), kvinner hadde 5,2 (SD 12,9, 95% CI 4,8-5,5) – signifikant ved 1% signifikansnivå). Et eksempel på type tvang der det var store forskjeller mellom kjønnene er for eksempel andelen som får tvungen ernæring (97 % kvinner), kortvarig fastholding (78 % kvinner) og mekaniske tvangsmidler (59 % kvinner).

Videre testet vi gjennomsnittlig antall tvangshendelser mellom de som har vært i kontakt med barnevernet og ikke i PHV-V-populasjonen, og var under 24 år i perioden. Her viste det seg at de som hadde hatt kontakt med barnevernet i snitt hadde 2,7 flere hendelser i gjennomsnitt, sammenliknet med den øvrige populasjonen (7,3 vs. 4,6 tvangshendelser). Sammenhengen var signifikant ved 1 % signifikansnivå.

Vi testet også for ulike typer barnevernstiltak (dikotome variabler for om man har vært i hhv. institusjon, fosterhjem, beredskapshjem, Kostra251 (Barneverntiltak når barnet ikke er plassert av barnevernet), Kostra252 (Barneverntiltak når barnet er plassert av barnevernet) eller mottatt hjelpetiltak ihht. SSBs definisjon²⁶. Her var det kun Kostra251 som slo ut som systematisk forskjellig (ved 1 % signifikansnivå) – de som hadde dette hadde i gjennomsnitt 8,6 tvangstiltak per år (SD 29,6, 95% CI 5,4 – 11,9), mens de som ikke hadde det i gjennomsnitt hadde 4,6 tiltak (SD 11,0, 95% CI 4,3 – 4,9).

10.8.4 Tvungent døgnopphold eller tvungen observasjon med døgnopphold i PHV-V

I tabell 10-27 under presenteres tall for pasienter i vår populasjon som var til behandling i PHV-V og som ble registrert med tvungent døgnopphold eller innleggelse til tvungen observasjon i løpet av årene 2015-2020. Tallene presenteres som totaltall (unike personer) og separat mellom de som har hatt kontakt med barnevernet i løpet av året og ikke (uavhengig av årsak til kontakten med barnevernet). Her stopper tidsserien i 2020 fordi vi ikke har tilgang på barnevernsdata etter dette året.

Tabellen viser at en langt lavere andel av pasientene i PHV-V har kontakt med barnevernet enn det vi så i PHBU (i hovedsak ser vi her på unge voksne mellom 18-23 år, noen få er mellom 16-18 år, men likevel registrert i PHV-V). Chi-kvadrat-tester viste at sammenhengen mellom å ha vært i tvungent døgnopphold/observasjon mellom de som har vært i kontakt med barnevernet, og ikke, var statistisk signifikant ved 1 % signifikansnivå. Det var flere menn enn kvinner registrert med denne type tvang i vår populasjon, og sammenhengen mellom kjønn og denne type tvang var statistisk signifikant. Det samme gjaldt innvandrere; 23 % av de med tvungent døgnopphold/observasjon i denne perioden var innvandrere, og legger vi til barn av innvandrere (etter SSBs kategorisering av innvandrere i demografidata²⁷) var 33 % innvandrere eller barn av innvandrere. En chi-kvadrat-test mellom befolkningskategoriene (innvandrere/øvrig) og det å ha vært i kontakt med barnevernet viste signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt å ha vært i kontakt med barnevernet det året tvangsinnleggelsen/ tvangsobservasjonen skjedde.

²⁶ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

²⁷ <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>

Tabell 10-27 Antall pasienter i PHV-V under 24 år registrert med tvungent døgnopphold eller innleggelse til tvungen observasjon i perioden 2015-2020, totalt og fordelt på om man har vært registrert i barnevernet (BV) i løpet av året. Andel barn registrert hos barnevernet av totalen.

År	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon totalt	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon. Ikke barnevern	Registrert med tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon. Barnevern	Andel (%) BV
2015	233	217	16	7
2016	221	207	14	6
2017	218	196	22	10
2018	201	173	28	14
2019	211	188	23	11
2020	164	149	15	9
Antall totalt	1248	1130	118	9

Som for PHBU undersøkte vi sammenhengen mellom det å være på tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon og det å ha vært i kontakt med barnevernet i løpet av perioden. Vi brukte samme modell som for PHBU med en dikotom avhengig variabel for om man hadde vært på tvungen døgn eller innlagt til observasjon, og kjørte en logistisk regresjon der vi inkluderte en dikotom variabel for kontakt med barnevern eller ikke, samtidig som vi kontrollerte for kjønn, alder, høyest fullførte utdanning, og innvandrere eller ikke. Analysen ble kjørt for perioden 2015-2020, da vi hadde informasjon om kontakt med barnevernet, og vi begrenset oss til å se på dem under 24 år, slik at sammenlikningen mellom de som har kontakt med barnevernet og ikke ble mer reell.

Som vist i tabell 10-28 ser vi at kvinner har lavere sannsynlighet enn menn til å bli innlagt på tvang, risikoen øker noe med alder, og faller med høyere utdanning. Sammenliknet med øvrig befolkning, har innvandrere økt sannsynlighet for å bli innlagt på tvang. Til slutt i modellen ser vi at det å være i kontakt med barnevernet i løpet av året gir en noe forhøyet risiko for å være på tvungent døgnopphold, sammenliknet med de som ikke har vært i kontakt med barnevernet, men sammenhengen er svakere enn det vi så i PHBU. Vi kjørte også samme analyse med tillegg av helseregion som uavhengig variabel. I motsetning til i PHBU, der det å være på tvungent døgnopphold/observasjon ikke så ut til å henge systematisk sammen med hvilken helseregion man tilhørte, fant vi en statistisk signifikant sammenheng i PHV-V. Sammenliknet med Helse Vest hadde pasienter i Helse Midt-Norge (OR: 0,68, CI 0,56-0,83), Helse Nord (OR 0,60, CI 0,47 – 0,76) og Helse Sør-Øst (OR 0,79, CI 0,69-0,90) lavere sannsynlighet for å være å være innlagt på tvungent døgnopphold.

Tabell 10-28 Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for å være på tvungent døgnopphold eller innlagt til tvungen observasjon i PHV-V i perioden 2015-2020. Kjønn (1 = kvinne), alder (kontinuerlig), høyest fullførte utdanning (kontinuerlig, 0 = ikke utdanning, 5 = universitet/høgskole lang), om man er innvandrер eller ikke, kontakt med barnevern eller ikke. Odds ratio (OR), p-verdi/z-score, 95 % konfidensintervall.

Variabel	Tvungent døgnopphold eller innlagt til observasjon i psykisk helsevern for voksne (0/1)			
	OR	P> z	[95% Konf. Intervall]	
Kjønn (kvinne=1)	.49	<0.001	.44	.55
Alder	1.15	<0.001	1.12	1.19
Utdanning	.57	<0.001	.52	.62
Innvandrер (0/1)	2.89	<0.001	2.50	3.33
Barnevern (0/1)	1.29	0.014	1.05	1.58
No of obs/ Pseudo R2	165 291/ 0,053			

10.9 Bruk av fastlege, legevakt, tannlege og lab.-tjenester

I dette delkapitlet har vi gjort analyser av helsetjenestebruk i primærhelsetjenesten basert på data i KPR Fastlege/KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner fra HELFO). En lang rekke fagprofesjoner sender informasjon til KUHR-databasen, som for eksempel fastleger, legevakt, private røntgenlaboratorier, tannlege osv. Som beskrevet i metodekapitlet ble KUHR en del av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra 2018.

KPR-KUHR er todelt og baseres på 1) refusjonskrav fra behandlere (innmeldes løpende fra hver enkelt behandler) som vi kan kalle "KPR Fastlege, legevakt, fysioterapeut m.fl." (basert på KUHR) og 2) data på vedtak i helse- og omsorgstjenestene (innmeldes foreløpig årlig fra kommunene), som kan forkortes "KPR Helse- og omsorg (HOM)".

Grunnet en del usikkerhet knyttet til datakvalitet i KPR HOM (data fra helse- og omsorgstjenestene), har vi valgt å ikke bruke dette grunnlaget i det foreliggende prosjektet, men vil eksplorere det videre i et nytt prosjekt på samme tema der vi også søker om å få forlenget tidsserien (evaluering av nasjonalt forløp for barnevern, jf. omtale innledningsvis i kap. 1.3.1). Vi fikk utlevert en kort tidsserie fra 2018 i denne omgang, som også gjorde det mindre aktuelt å benytte enn vi først hadde planlagt.

I tabell 10-29 presenterer vi gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos hhv. fastlege, legevakt, tannlege og poliklinikk (lab./røntgen-tjenester, prøver mv.) i perioden 2013-2020. Vi ser at barna i kontakt med barnevernet har en noe høyere bruk av fastlege og legevakt, enn totalpopulasjonen. Videre har de et lavere forbruk av tannlegetjenester fram til de fyller 17-18 år, da de kommer på nivå med totalpopulasjonen. Barn i kontakt med barnevernet har et mye høyere gjennomsnittlig forbruk av lab.-/røntgentjenester, noe som kanskje kan indikere at de utredes (blodprøver etc.) i større grad enn øvrig pasientpopulasjon.

Tabell 10-29 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege, legevakt, tannlege og lab./røntgen-tjenester i perioden 2013-2020. Hele barne- og ungdomspopulasjonen med minst én registrering i KUHR (N = 2232539) og barn som har vært i kontakt med barnevernet i perioden og som også har vært registrert i KUHR (N = 131756).

Alder	Hele barne- og ungdomspopulasjonen				Barn i kontakt med barnevernet			
	Fastlege	Legevakt	Tannlege	Lab/rtg.	Fastlege	Legevakt	Tannlege	Lab/rtg.
0-5 år	5,0	1,7	0,0	5,3	5,8	1,8	0,0	10,2
6-9 år	4,2	0,7	0,5	7,7	4,9	0,8	0,3	15,9
10-13 år	4,1	0,6	2,9	7,7	5,7	0,8	2,0	17,8
14-16 år	5,9	0,8	2,4	10,9	8,9	1,9	1,8	26,5
17-18 år	8,0	1,2	0,8	10,7	11,7	3,2	0,8	24,4
19-23 år	10,1	1,5	0,4	11,1	13,4	3,2	0,6	18,9

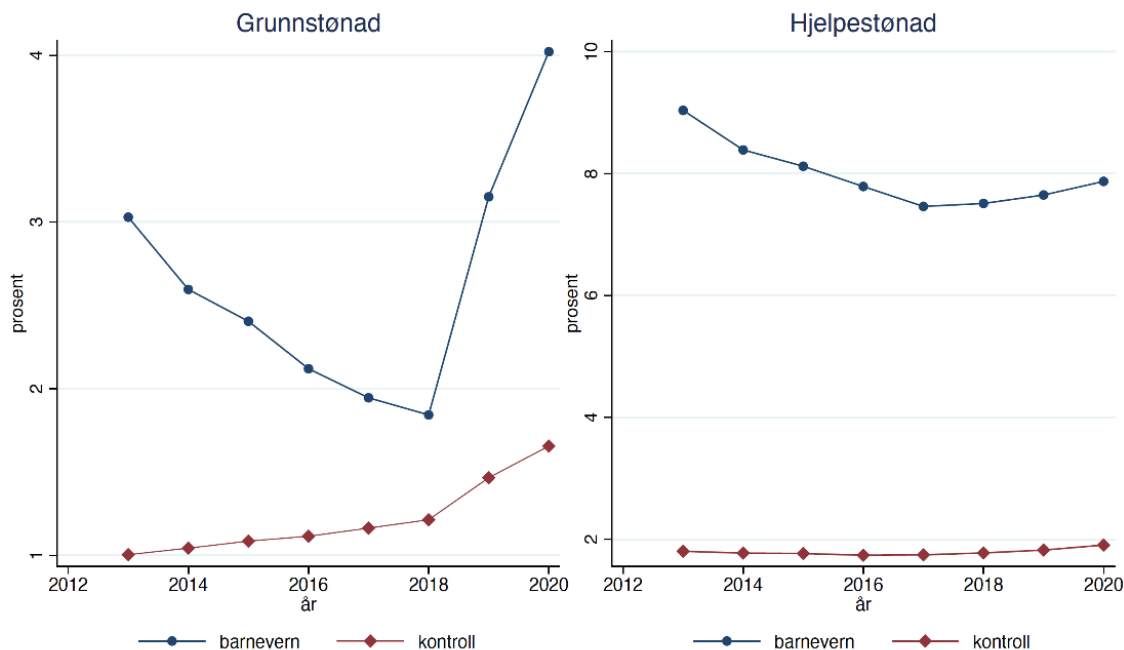
Vi har kjørt t-tester for å teste om gjennomsnittene er systematisk forskjellige mellom barn i barnevernet og øvrig pasientpopulasjon (her har vi testet på populasjonen som er under 24 år). Testen for fastlegebruk, legevakt og lab./røntgen bekreftet at barn i barnevernet har signifikant flere konsultasjoner enn barn i øvrig barne- og ungdomsbefolkning i disse kategoriene. Når det gjelder tannlegebruk fant vi ikke så systematiske sammenhenger. Vi har derfor kjørt regresjonsanalyser der vi sammenlikner barna i barnevernet med en matchet kontrollpopulasjon for hver av de fire helsetjenestekategoriene (fastlege, legevakt, tannlege, lab./røntgen). Alle analysene viste at barn i barnevernet ligger signifikant høyere på antall konsultasjoner/bruk av disse tjenestene (innenfor <1% signifikansnivå).

10.10 Grunnstønad og hjelpestønad i barnevernspopulasjonen

Grunnstønad og hjelpestønad er trygdeytelser som gis ved varig sykdom, skade eller lyte²⁸. Formålet er å kompensere for ekstrakostnader eller arbeid forbundet med både somatiske og psykiske tilstander. Skillet mellom grunnstønad og hjelpestønad er primært at grunnstønad ytes for å kompensere for materielle utgifter (for eksempel tekniske hjelpemidler) eller transporttjenester, mens hjelpestønad er ment å kompensere for utgifter til tilsyn og pleie. Hjelpestønnen er ment å kompensere private pleieforhold, noe som betyr tilsyn eller pleie utført av foreldre, andre slektninger, partner/ektefelle eller andre i personens private nettverk. Det er altså ikke ment å kompensere for profesjonelle ytelser. Hjelpestønad er spesielt relevant i forhold til barnevern fordi tilsyn og pleie i fosterhjem er sidestilt med private pleieforhold i Folketrygdloven.

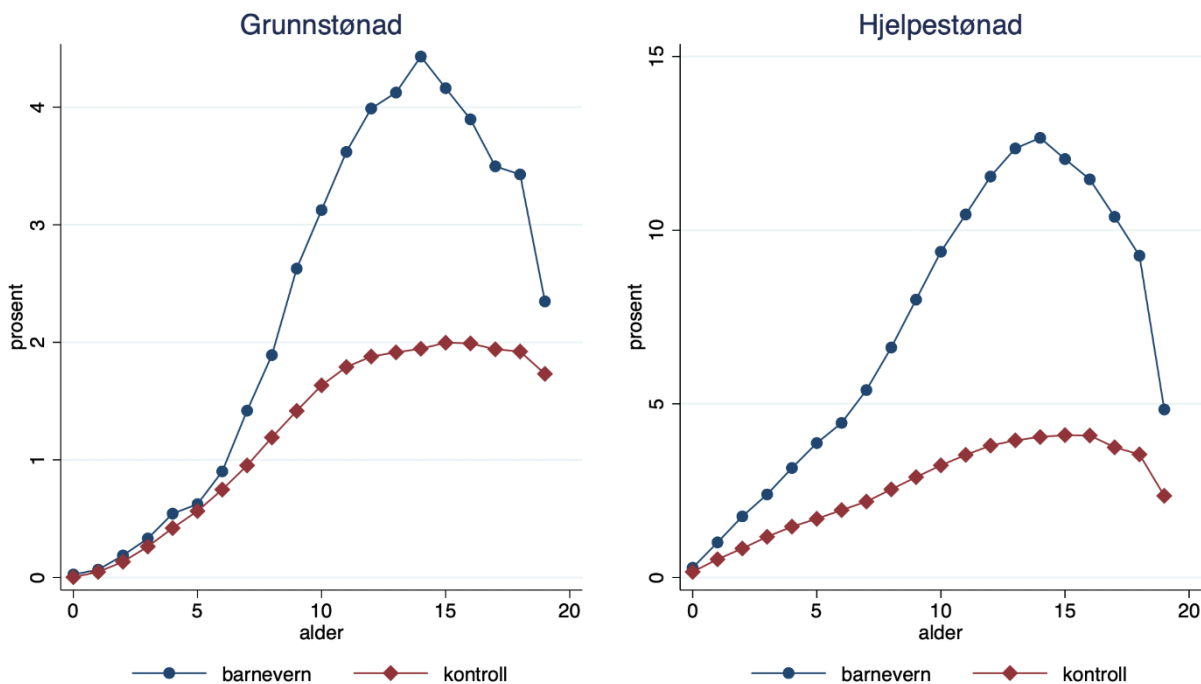
Det er tilstander som i Folketrygdloven omtales som *varige tilstander* som kvalifiserer til disse trygdeytelsene. I Folketrygdlovens forarbeid blir varige tilstander definert som lidelser som må "forutsettes å vare betydelig lengre enn to til tre år" (Ot. prp. nr. 29 (1995-96) s. 123). Disse trygdeytelsene er dermed gode folkehelseindikatorer for kroniske helsetilstander i befolkningen og det vil derfor være interessant å se på om det er systematiske forskjeller i mottak av disse stønadene mellom barn og unge med bakgrunn fra barnevernet og kontrollpopulasjonen fra den øvrige befolkningen.

²⁸ <https://lovdata.no/nav/folketrygdloven/kap6>



Figur 10-28 Prosentandel med henholdsvis grunnstønnad eller hjelpestønnad 2013-2020, barnevern og kontrollpopulasjon

Det kommer frem av figur 10-28 at det er en betydelig større andel av barn og unge med bakgrunn fra barnevern som mottar grunnstønnad og hjelpestønnad. Over perioden 2013 til 2020 så har omtrent fire ganger så høy andel av barn og unge fra barnevernspopulasjonen mottatt hjelpestønnad, mens det har vært større variasjon i den relative differansen i mottak av grunnstønnad. For både grunnstønnad og hjelpestønnad har det i første halvdel av perioden vært en markant reduksjon i den relative forskjellen mellom de to populasjonene. For siste halvdel av perioden har differansen igjen økt. For grunnstønnad ganske markant.



Figur 10-29 Aldersfordeling for grunnstønnad og hjelpestønnad 0-19 år, barnevern og kontrollpopulasjon

Det fremgår av figur 10-29 at aldersfordelingen for grunnstønnad og hjelpestønnad følger noenlunde samme mønster med en relativt jevn oppgang frem til fylte 5. Deretter stiger veksttakten og fordelingen når en alderstopp rundt 13-14 år. For hver av de påfølgende årskohortene synker andelen med disse stønadene markant. Noe av årsaken til dette kan skyldes nok at tilsyn og pleie i større grad blir profesjonalisert når barnet blir eldre, noe som spesielt vil endre behovet for hjelpestønad.

Barnevernspopulasjonen ligger som ventet høyt over den øvrige populasjonen for de fleste alderskohorter. Unntaket er grunnstønnad for alderskohortene opp til 5 år, hvor barnevernspopulasjonen ikke skiller seg vesentlig fra populasjonen for øvrig. For tilsyn og pleie, som hjelpestønadene dekker, så ser det derimot ut som om at det er et relativt større bistandsbehov hos barnevernspopulasjonen også blant de yngste barna. Opp mot toppunktet rundt 13-14 årsalderen øker avstanden mellom barnevernspopulasjonen og kontrollpopulasjonen for både grunnstønnad og hjelpestønnad med mer enn dobbelt så stor andel for grunnstønnad og tre ganger så høy andel av hjelpestønad for denne aldersgruppen.

Tabell 10-3030 Mottakere av både grunn- og hjelpestønad innen samme år i perioden 2013-2020, person-år

Barnevern	Grunn- og hjelpestønad		
	Nei	Ja	Totalt
Nei	382450	81520	463970
	82,43	17,57	100,00
Ja	28783	8014	36797
	78,22	21,78	100,00
Totalt	411233	89534	500767
	82,12	17,88	100,00

Første rad inneholder frekvens, andre rad inneholder rad-prosenten

Mottakere av både grunn- og hjelpestønad for hele perioden 2013-2020, personer

Barnevern	Grunn- og hjelpestønad		
	Nei	Ja	Totalt
Nei	66619	16629	83248
	80,02	19,98	100,00
Ja	11354	4281	15635
	72,62	27,38	100,00
Totalt	77973	20910	98883
	78,85	21,15	100,00

Første rad inneholder frekvens, andre rad inneholder rad-prosenten

Tabell 10-30 viser frekvenser og prosentandelene som mottar både grunnstønad og hjelpestønad innenfor samme år og for hele perioden 2013-2020 blant de som mottar minst en av disse stønadene. En kan anta at de som mottar begge stønadene har større bistandsbehov enn de som kun mottar kun en av stønadene. Tabellene viser at barn i barnevern i større grad mottar både grunnstønad og hjelpestønad enn mottakere av disse stønadene i kontrollpopulasjonen, noe som tilsier at personer med bakgrunn fra barnevernet ikke bare er overrepresentert, men også på case-nivå utgjør en gruppe med større bistandsbehov enn personer fra kontrollpopulasjonen som mottar disse ytelsene.

Tabell 10-3131 Grunnstønad og hjelpestønad– gjennomsnittlig antall måneder stønad blant mottakere 2013-2020.

Grunnstønad

Barnevern	Gj.snitt	Sum	N
Nei	57,61	2344173	40688
Ja	40,70	250938	6166

Hjelpestønad

Barnevern	Gj.snitt	Sum	N
Nei	54,34	3232162	59480
Ja	51,49	713173	13850

I tabell 10-31 angis gjennomsnittlig antall måneder stønad for grunnstønad og hjelpestønad per mottaker i perioden 2013-2020. For barn som har kommet i kontakt med barnevernet i løpet av perioden så regnes de som å tilhøre barnevernspopulasjonen for hele perioden. Gjennomsnittet for samtlige med barnevernbakgrunn regnes altså ut for hele perioden. Fordi tidsserien er begrenset til 8 år med data så vil noen av mottaksperiodene være avkortet (trunkert). Lengre tidsserier ville derfor ha produsert høyere gjennomsnitt. Poenget her er imidlertid ikke å produsere presise estimat for ytelsenes tidslengde, men å avdekke om det er systematiske forskjeller mellom barnevernspopulasjonen og kontrollpopulasjonen. For dette formålet har ikke tidsserielengden noe betydning da perioden er lik for begge populasjonene.

Til tross for at resultatene så langt tilsier at mottakere av disse stønadene med bakgrunn fra barnevernet har høyere bistandsbehov enn mottakere fra kontrollpopulasjonen, så viser resultatene paradoksalt at personer med barnevernbakgrunn i gjennomsnitt mottar stønadene over kortere tid enn mottakere i kontrollpopulasjonen. For grunnstønad er tidsforskjellen betydelig og utgjør nær 30%. Fra registerdata er det ikke mulig å fastslå hva årsakene til dette er, men det er generelt to alternativ som kan være aktuelle. Enten skyldes færre måneder med stønad at stønadsperiodene kommer i gang seinere enn for mottakere fra kontrollpopulasjonen eller alternativt at stønadsperiodene avsluttes tidligere. Det er naturlig å tenke på noen mulige årsaker til dette som er relatert til omstendigheten til barn i barnevern. For eksempel kan

situasjoner med omsorgsovertakelser bidra til avbrudd eller seinere oppstart av disse stønadene. Men også i forbindelse med hjemmebaserte barnevernstjenester så kan nedsatt omsorgsevne i noen tilfeller også være årsak til at behovet for grunn- og hjelpestønad identifiseres seinere. Forhold som manglende private nettverk og hyppigere flytting vil også mulig kunne bidra til tidsmessige forskyvninger i oppstart eller opphør av disse tjenestene. Overgangsfaser til ettervern eller ut av barnevernstjenesten kan også bidra til endringer i tilgangen til disse stønadene fordi slike overganger ofte vil føre til tap av profesjonelle veiledning og andre støttetjenester.

Tabell 10-32 Grunn- og hjelpestønad, andeler i ulike tiltak 2013-2020. Person-år

	<i>Tiltak uten plassering (kostra 251)</i>	<i>Plasserings-tiltak (kostra 252)</i>	<i>Institusjon</i>	<i>Beredskaps-hjem</i>	<i>Fosterhjem</i>
Grunnstønad (%)	2,59	2,78	3,72	1,74	3,18
<i>Antall</i>	8880	2231	350	103	1652
<i>Totalt i tiltak</i>	342461	80334	9401	5931	51871
Hjelpestønad (%)	7,97	7,99	8,05	5,04	9,88
<i>Antall</i>	27278	6422	757	299	5123
<i>Totalt i tiltak</i>	342461	80334	9401	5931	51871

I tabell 10-32 over gis en oversikt over andelene med grunn- og hjelpestønad for noen overordnede tiltakskategorier. Tabellen er basert på års-observasjoner på individnivå og oppsummer andelene med grunnstønad og hjelpestønad for det samlede antallet observasjoner over perioden 2013-2020. Sammenligner man først tiltak uten plassering med plasseringstiltak så ser man at plasseringstiltakene ligger noe over tiltak uten plassering. For hjelpestønad er denne forskjellen marginal. Hvis man så ser på de ulike plasseringstiltakene så er forskjellene større. Av disse skiller beredskapshjem seg ut med betydelig lavere andeler enn institusjon og fosterhjem, og bidrar således til å trekke ned gjennomsnittet for plasseringstiltak. I beredskapshjem kommer barn og unge på kort varsel og er ment som et tidsmessig begrenset omsorgstilbud mens det avklares om barnet skal flyttes videre til andre omsorgstilbud eller tilbake til foreldrene. Man kan anta at tiltakets akutte og tidsavgrensede karakter bidrar til redusert tilgang til disse stønadene. For hjelpestønad skiller fosterhjem seg ut med en betydelig større andel hjelpestønad. Dette kan bero på at pleie og tilsyn i fosterhjem sidestilles med private pleieforhold i Folketrygdloven, noe som gjør det lettere å tilfredsstille stønadsbetingelsene.

10.11 Barnevernets rolle kodes i aktivitetsdata for PHBU

I psykisk helsevern for barn og unge finnes det en egen variabel i aktivitetsdata til NPR som kan kodes med *barnevernets rolle* for den enkelte pasient. Variabelen dokumenterer om barnevernet er koblet inn i forbindelse med et syketilfelle. Hver henvisningsperiode kan ha flere registreringer av barnevernets rolle. De første to registrerte roller er tilgjengelig for utlevering fra NPR. Dette er en variabel som oss bekjent i liten grad har blitt publisert på tidligere, og datakvaliteten er for oss ukjent. Vi tenker likevel at det kan være interessant å vise hvordan denne variabelen fordeler seg i pasientpopulasjonen, om ikke annet for å få rettet oppmerksomheten på at dette kan være en kilde til informasjon om barnevern i aktivitetsdata, uten å koble data til barnevernsdata hos SSB. Da må imidlertid kvaliteten på disse dataene utbedres.

I tabell 10-33 viser vi de ulike kategoriene for barnevernets rolle som kan kodes i NPR-data, og hvordan de andelsmessig fordelte seg i populasjonen vår i perioden 2013-2020 for den første registrerte rollen. Som tabellen viser, var det hele 83 prosent som var enten uoppgitt/missing (54,8%) eller feilrapportert og slettet av NPR (28,5 %). I de resterende 17 prosent av sakene er det gjort en koding, der storparten (11,2

%) har krysset av for at barnevernet "Arbeider ikke med saken". Nær to prosent har krysset for at rollen ikke er fastlagt, mens både hjelpetiltak og omsorgsvedtak ligger på litt over 1 prosent av tilfellene.

Variabelen egner seg ikke til bruk i analyser slik den er per nå, med så mye missing og feilrapporteringer. Men med tanke på de nyoppstartede nasjonale forløpene i barnevernet kan det være en aktuell variabel å vurdere nytten av hvis datakvaliteten økes.

Tabell 10-33 Koding av variabelen "Barnevernets rolle" i aktivitetsdata for PHBU, NPR. Antall registreringer

Kode	Beskrivelse	Antall	Andel (%)
1	Arbeider ikke med saken	48670	11,2
2	Rollen ikke fastlagt	6832	1,6
3	Undersøkelser §4.3	1781	0,4
4	Hjelpetiltak §4.4	6453	1,5
5	Frivillig plassering §4.4	1359	0,3
6	Undersøkelse / behandling §4.10/4.11	469	0,1
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	5683	1,3
8	Akuttvedtak §4.6	593	0,1
9	Tatt foreldreansvar §4.20	227	0,1
-1	Feil rapportert verdi. Slettet av NPR.	123649	28,5
10	Vet ikke	96	0,0
11	I helseinstitusjon uten samtykke §4.24	64	0,0
12	I helseinstitusjon med samtykke §4.26	5	0,0
NA	Uoppgitt/missing	237603	54,8
	Sum	433484	100,0

10.12 Oppsummering – helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern

Hovedmålet i delprosjekt 3 har vært å undersøke helsehjelp og helsetjenestebruk over tid blant barn i barnevernet, sammenlignet med barn som ikke er i barnevernet. Datagrunnlaget består av en omfattende registerdatakobling på individnivå med data fra Norsk Pasientregister (NPR), KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) koblet med barnevernsdata, utdanningsdata og data på barnas foreldre fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Forskningsspørsmål som har blitt undersøkt ved hjelp av deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser inkluderer henvisninger til psykisk helsevern, ventetider i spesialisthelsetjenesten, bruk av spesialisthelsetjenester, tvangsbruk i psykisk helsevern, bruk av primærhelsetjenester, samt omfang og utvikling i grunn- og hjelpestønad. I et siste delkapittel har vi også undersøkt koding av barnevernsrelaterte variabler i aktivitetsdata for analyseformål.

Analysene har i hovedsak tatt sikte på å belyse eventuelle ulikheter i helsetjenestebruk mellom barn i barnevernet og andre barn (inkl. matchet kontrollpopulasjon), samt identifisere mønstre og trender i helsetjenestebruk over tid og på tvers av ulike demografiske variabler. Detaljerte beskrivelser av både barnevernspopulasjonen og de ulike pasientpopulasjonene (PHBU, PHV-V, TSB, Somatikk og fastlege/legevakt) er beskrevet innledningsvis i kapitlet, og det samme er operasjonaliseringen av data og analyser. I det følgende gir vi en oppsummering av funn fra hvert delkapittel.

10.12.1 Henvisning til psykisk helsevern

Fastlegen ble identifisert som den mest hyppige henvisningsinstansen, og fungerte som referansepunkt for sammenligning med andre henvisende instanser. Det å være i kontakt med barnevernet økte sannsynligheten for at man henvises fra andre instanser enn fastlege. For hele populasjonen av barn og

unge i psykisk helsevern har fastlege vært henvisende instans til PHBU i 65 prosent av tilfellene, mens andelen fra barnehage/skole/PPT og sosiale tjenester er 0,1 prosent og 2 prosent fra primærhelse. Avgrenset til barn og unge som er i kontakt med barnevernet er andelen henvisninger fra fastlegen mindre (45 prosent), mens andelen fra sosiale tjenester/barnevern og primærhelse øker kraftig – til henholdsvis 12 og 20 prosent. De som hadde vært i kontakt med barnevernet hadde for eksempel 2,6 ganger høyere sannsynlighet for å bli henvist fra andre primærhelsetjenester, sammenlignet med de som ikke har hatt slik kontakt. Videre viste analysene en høyere sannsynlighet for henvisning fra sosiale tjenester/barnevern blant de som har hatt kontakt med barnevernet, sammenlignet med den øvrige pasientpopulasjonen.

Vi analyserte også spesifikke barnevernstiltak som institusjon, fosterhjem, beredskapshjem og tiltak uten plassering. Resultatene viser at disse tiltakene også er assosiert med en betydelig økt sannsynlighet for henvisning fra andre instanser enn fastlegen. Barn og unge i institusjon har i gjennomsnitt langt flere henvisninger fra andre enn fastlege, sammenliknet med andre barn i barnevernet som ikke har vært på institusjon. Spesielt utmerker sosiale tjenester seg, der opphold i institusjon eller fosterhjem øker sannsynligheten for henvisning flere ganger for andre instanser, sammenlignet med fastlegen. I sum indikerer resultatene at kontakt med barnevernet og spesifikke barnevernstiltak øker sannsynligheten for henvisning fra ulike helse- og sosialtjenester, med sosiale tjenester som den mest markante instansen for henvisning.

Resultatene viste at barna som hadde vært i barnevernet hadde signifikant *flere* henvisninger til PHBU per år, enn sammenlikningspopulasjonen. Dette indikerer at de re-henvises oftere enn andre barn. Barn og unge i institusjon hadde gjennomsnittlig ca. to ganger flere henvisninger per år, sammenliknet med de som ikke har vært i institusjon. Det var tilsvarende signifikante (positive) sammenhenger når det gjelder fosterhjem og tiltak uten plassering, men med lavere koeffisienter.

Også i PHV-V var det slik at en lavere andel av de som hadde kontakt med barnevernet i løpet av perioden ble henvist fra fastlegen (49 %). Det var en langt høyere andel enn for totalpopulasjonen som ble henvist internt fra psykisk helsevern, og også fra øvrig primærhelsetjeneste. Igjen tyder det på at de unge som var i kontakt med barnevernet da de var under 24 år, og mottok behandling i PHV-V, i større grad var henvist fra andre tjenester enn fastlegen.

Analyser ble også gjennomført innenfor TSB og somatikk. I TSB viste estimatene generelt lavere verdier, men signifikant forhøyet for de fleste kategoriene av henvisere, unntatt barnehage/skole/PPT. I somatikken var koeffisientene mindre, og usikkerheten rundt estimatene større, med flere ikke-statistisk signifikante sammenhenger. Dette tyder på at kontakt med barnevernet muligens har mindre betydning for henvisninger fra andre instanser enn fastlegen når det gjelder behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste. Et unntak var observasjonen av femdoblet risiko for henvisning fra psykisk helsevern til somatisk behandling blant de som hadde vært i kontakt med barnevernet. "Øvrig primærhelsetjeneste" viste derimot signifikant lavere risiko for henvisning fra andre instanser enn fastlegen til somatisk behandling.

10.12.2 Ventetider i spesialisthelsetjenesten

I gjennomsnitt har barnevernspopulasjonen lavere ventetider enn den øvrige befolkningen, bortsett fra i somatikken hvor ventetidene er noe høyere. Regresjonsanalysene viste at barn i kontakt med barnevernet hadde kortere ventetid i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) sammenlignet med den øvrige populasjonen. Tilsvarende funn observeres for institusjonsopphold og fosterhjem i både PHBU og PHV-V. Videre analyser viste at tiltak uten plassering og tiltak med plassering av barnevernet også var assosiert med kortere ventetider i PHBU. I TSB og somatikk var sammenhengene mindre tydelige og ikke statistisk signifikante. Disse funnene indikerer at ulike typer barnevernstiltak henger sammen med ventetider i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Dette er et komplekst fenomen som krever ytterligere analyse, gjerne med originale ventelistedata (egen database/statistikk), og ikke bare aktivitetsdata.

10.12.3 Bruk av spesialisthelsetjenester

PHBU

Analysen av poliklinisk aktivitet i perioden 2013-2020 viste en generell nedgang i antall kontakter i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) på landsbasis, med spesielt store reduksjoner i Helse Midt-Norge grunnet tekniske omlegginger. Generelt viste resultatene at barn i kontakt med barnevernet har flere polikliniske konsultasjoner enn den øvrige pasientpopulasjonen, med en gjennomsnittlig forskjell på ca. 4-5 konsultasjoner per år ved offentlige poliklinikker og 2 konsultasjoner hos avtalespesialister. Jenter hadde i gjennomsnitt 5 flere konsultasjoner enn gutter, det ble færre konsultasjoner med økende alder og økende utdanning (for barnet). Antall konsultasjoner økte med foreldres utdanning i de offentlige poliklinikkene. Innvandrere hadde i gjennomsnitt 2 færre konsultasjoner per år, sammenliknet med øvrig befolkning. Sammenhengen var ikke statistisk signifikant når det gjaldt barn av innvandrere, men øvrige funn var statistisk signifikante.

Diagnosedata viste høyere sannsynlighet for affektive lidelser og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser blant barn i barnevern, mens det var lavere sannsynlighet for å bli diagnostisert med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Multimorbiditetsanalysen viste at barn i barnevern generelt har litt flere diagnoser enn den øvrige befolkningen. Barn på barnevernsinstitusjon diagnostiseres i mindre grad med affektive lidelser og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, sammenliknet med andre barn i barnevernet. Barn i fosterhjem diagnostiseres også i mindre grad med affektive lidelser enn andre barn i barnevernet, men i større grad innenfor nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser. Både barn i fosterhjem og barn i beredskapshjem diagnostiseres oftere med adferdsforstyrrelser. Barn med tiltak uten plassering (kostra251) får oftere diagnoser innenfor spekteret av affektive lidelser, i mindre grad diagnoser innenfor atferdsforstyrrelser mv. Det er store forskjeller mellom kjønnene, med høyere grad av atferdsforstyrrelser blant gutter, og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser blant jenter.

PHV-V

For unge voksne (18-24 år) i kontakt med barnevernet var det en gjennomsnittlig reduksjon på én konsultasjon per år sammenliknet med de som ikke hadde hatt barnevernskontakt. Multivariate regresjonsanalyser viste at inkludering av helseregion kun marginalt påvirket sammenhengen mellom barnevernskontakt og polikliniske konsultasjoner. Det ble ikke funnet systematiske sammenhenger mellom barn i barnevernet og kontrollpopulasjonen i PHV-V. Imidlertid var det regionale forskjeller, der pasienter i Helse Sør-Øst og hos private aktører hadde flere konsultasjoner enn i Helse Vest. Videre viste analysen at jenter og økende alder gav flere konsultasjoner, og at høyere utdanning hos pasienten selv og foreldrene var assosiert med flere konsultasjoner. Innvandrere hadde generelt færre konsultasjoner også i PHV-V.

TSB

Resultatene for TSB viste ingen signifikant sammenheng mellom barnevernskontakt og antall polikliniske konsultasjoner i offentlige poliklinikker i TSB. Pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde færre konsultasjoner enn Helse Vest, mens forskjellen i Helse Sør-Øst var ikke statistisk signifikant. Videre hadde kvinner generelt flere konsultasjoner enn menn, og antallet konsultasjoner økte med alderen, men sank med økt utdanning. Foreldres utdanning hadde en negativ sammenheng med antall konsultasjoner, men denne var ikke statistisk signifikant. Innvandrere hadde litt færre konsultasjoner enn norskfødte, men heller ikke dette var en statistisk signifikant sammenheng.

Somatikk

Når det gjelder konsultasjoner i somatikken var det veldig likt gjennomsnitt mellom de som har hatt kontakt med barnevernet og ikke; 2,7 i offentlige poliklinikker for barna med barnevernskontakt, 2,5 for de øvrige (men forskjellen på 0,23 var statistisk signifikant). Pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst

hadde noe flere konsultasjoner sammenlignet med Helse Vest, både i offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister. Kvinner hadde generelt flere konsultasjoner enn menn, antallet konsultasjoner økte med alderen, og var negativt korrelert med økt utdanning. Foreldres utdanning hadde ingen systematisk sammenheng med antall konsultasjoner for barna, mens innvandrere hadde færre konsultasjoner sammenlignet med den øvrige pasientpopulasjonen.

10.12.4 Tvang i spesialisthelsetjenesten

Tvang i PHBU

Jenter hadde i gjennomsnitt høyere antall tvangshendelser enn gutter i materialet. Et eksempel på type tvang der det var store forskjeller mellom kjønnene er andelen som får tvungen ernæring – her var 97 % jenter. Det var mindre forskjell når det gjaldt for eksempel skjerming (63% jenter). Videre testet vi gjennomsnittlig antall tvangshendelser, mellom barn som har vært i kontakt med barnevernet og ikke, i PHBU-populasjonen. Dette viste at barn i barnevernet i snitt hadde 2,5 færre hendelser, sammenliknet med den øvrige pasientpopulasjonen (6,4 vs. 8,9 tvangshendelser). Sammenhengen var signifikant ved 5 % signifikansnivå. Vi testet også for ulike typer barnevernstiltak (dikotome variabler for om man har vært i hhv. institusjon, fosterhjem, beredskapshjem, eller mottatt hjelpetiltak iht. SSBs definisjon²⁹. Her var det kun det å ha hjelpetiltak i hjemmet som slo ut som systematisk forskjellig; de som hadde dette hadde i gjennomsnitt 4,9 tvangstiltak per år, mens de som ikke hadde det i gjennomsnitt hadde 9,4 tiltak.

Tvang i PHV

Skjerming og tvangsbehandling med legemidler var de største kategoriene i PHV-V, med 38 % av alle registrerte tilfeller. Blant de under 24 år i PHV-V var det en høyere andel som hadde opplevd kortvarig fastholding blant de som var i kontakt med barnevernet sammenlignet med de som ikke var det. Gjennomsnittlig antall tvangshendelser per år per individ i PHV-V lå på 4, med en median på 2. Kvinner hadde signifikant flere tvangshendelser enn menn, og det var store forskjeller mellom kjønnene i ulike typer tvang, som tvungen ernæring og kortvarig fastholding. De som hadde hatt kontakt med barnevernet hadde i gjennomsnitt 2,7 flere tvangshendelser sammenlignet med den øvrige populasjonen. Det var også en signifikant forskjell for de som hadde mottatt hjelpetiltak.

Tvang i TSB

Tvangsdata for TSB er usikre, og er publisert svært lite på, dette må tas i mente ved tolkning av våre tall. Gjennomsnittsalderen i populasjonen var ca. 27 år, og analysene begrenset til de under 24 år gjør at det blir relativt små tall, selv om vi har med hele populasjonen. Skjerming, undersøkelser og mekaniske tvangsmidler var hyppige registreringer blant de med kontakt med barnevernet.

10.12.5 Bruk av fastlege, legevakt, tannlege og lab.-tjenester

I perioden 2013-2020 hadde barn i kontakt med barnevernet generelt sett flere konsultasjoner hos fastlege, legevakt og lab/røntgen-tjenester sammenlignet med den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen som mottok disse tjenestene. Dette indikeres av høyere gjennomsnittlige tall for fastlegebesøk, legevaktbesøk og lab/røntgen-tjenester hos barn i barnevernet i forhold til den totale populasjonen. Mens forbruket av tannlegetjenester var lavere for de yngste barna i barnevern, økte det på nivå med den totale populasjonen ved fylte 17-18 år. Regresjonsanalyser som sammenlignet barn i barnevernet med en matchet kontrollgruppe, bekreftet også at barn i barnevernet hadde betydelig høyere bruk av helsetjenester både når det gjaldt fastlege, legevakt, tannlege og lab/røntgen-tjenester.

²⁹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

10.12.6 Utviklingen i grunn- og hjelpestønad i barnevernspopulasjonen

Grunnstønad og hjelpestønad er ytelser som utbetales ved varig sykdom, skade eller lyte og er derfor gode indikatorer på kroniske helsetilstander i populasjonen. Det er betydelig høyere andeler av barnevernspopulasjonen som mottar disse ytelsene sammenlignet med befolkningen for øvrig. Det er også flere i barnevernspopulasjonen som mottar både grunnstønad og hjelpestønad, noe som tilsier at helseutfordringene generelt er større for stønadsmottakere fra barnevernspopulasjonen. Det er da paradoksalt at den samlede lengden på stønadene tidsmessig er kortere for barn og unge med bakgrunn fra barnevernet enn blant mottakere fra resten av befolkningen. Registerdata gir ikke svaret på årsakene til dette, men det er naturlig å anta at dette kan knyttes til omsorgssituasjonen til de med barnevernstiltak. En indikasjon på dette gis når man ser på andelene av disse ytelsene for barn med ulike barnevernstiltak. Her skiller plasseringer i beredskapshjem seg ut med de laveste andelene. Gitt tiltakets karakter er det ikke grunn til å tro at helseutfordringene er mindre blant de som blir plassert i beredskapshjem, men heller at omsorgens midlertidige status og kortere planleggings- og ansvarshorisont avgrenser barnets tilgang til disse ytelsene.

Hovedpoeng i kapitlet

- Fastlegen er den vanligste henvisende instansen til spesialisthelsetjenesten blant både barn i barnevernet og øvrig pasientpopulasjon, men kontakt med barnevernet øker sannsynligheten for at man er henvist fra andre instanser enn fastlegen. Barnevernstiltak som institusjon og fosterhjem er knyttet til betydelig økt sannsynlighet for henvisning fra ulike tjenester, særlig sosiale tjenester og primærhelsetjenesten.
- Barna som hadde vært i kontakt med barnevernet i løpet av perioden hadde signifikant *flere* henvisninger til PHBU per år, enn sammenlikningspopulasjonen. Dette indikerer at de re-henvises oftere enn andre barn. Barn og unge i institusjon hadde gjennomsnittlig ca. dobbelt så mange henvisninger per år, sammenliknet med de som ikke har vært i institusjon.
- Også i PHV-V var det slik at en lavere andel av de som hadde kontakt med barnevernet i løpet av perioden ble henvist fra fastlegen (49 %). Det var en langt høyere andel enn for totalpopulasjonen som ble henvist internt fra psykisk helsevern, og også fra øvrig primærhelsetjeneste. Igjen tyder det på at de unge som var i kontakt med barnevernet da de var under 24 år, og mottok behandling i PHV-V, i større grad var henvist fra andre tjenester enn fastlegen.
- I gjennomsnitt har barnevernspopulasjonen noe kortere ventetider enn kontrollpopulasjonen i PHBU og PHV-V, mens det for somatikken var litt lengre ventetid. Tilsvarende funn observeres for institusjonsopphold og fosterhjem i både PHBU og PHV-V. I TSB og somatikk var sammenhengene mindre tydelige.
- Barn i kontakt med barnevernet hadde generelt flere polikliniske konsultasjoner enn den øvrige pasientpopulasjonen, med en gjennomsnittlig forskjell på ca. 4-5 konsultasjoner per år ved offentlige poliklinikker og 2 konsultasjoner hos avtalespesialister. Jenter hadde i gjennomsnitt 5 flere konsultasjoner enn gutter. Det ble færre konsultasjoner med økende alder og økende utdanning (for barnet). Antall konsultasjoner økte med foreldres utdanning i de offentlige poliklinikkene. Innvandrere hadde i gjennomsnitt 2 færre konsultasjoner per år, sammenliknet med øvrig befolkning. Funnet som gjelder kjønn og innvandrere var gjennomgående i alle sektorer.
- Diagnosedata viste en positiv sammenheng mellom det å bli diagnostisert med affektive lidelser og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser hos barn i barnevern, mens det var lavere sannsynlighet for å bli diagnostisert med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, sammenliknet med øvrig pasientpopulasjon.

- Analyser av multimorbiditet viste at barn i barnevern generelt har litt flere diagnoser enn den øvrige befolkningen. Barn i barnevernsinstitusjon diagnostiseres i mindre grad med affektive lidelser og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, sammenliknet med andre barn i barnevernet. Barn i fosterhjem diagnostiseres også i mindre grad med affektive lidelser enn andre barn i barnevernet, men i større grad innenfor nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser. Både barn i fosterhjem og barn i beredskapshjem diagnostiseres oftere med adferdsforstyrrelser. Barn med tiltak uten plassering (kostra251) får oftere diagnoser innenfor spekteret av affektive lidelser, i mindre grad diagnoser innenfor atferdsforstyrrelser mv. Det er store forskjeller mellom kjønnene, med høyere grad av adferdsforstyrrelser blant gutter, og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser blant jenter.
- Resultatene for TSB viste ingen signifikant sammenheng mellom barnevernskontakt og antall polikliniske konsultasjoner i offentlige poliklinikker i TSB.
- I somatikken var det liten forskjell i gjennomsnittlig antall konsultasjoner per år mellom de som hadde hatt kontakt med barnevernet og ikke; 2,7 i offentlige poliklinikker for barna med barnevernskontakt, 2,5 for de øvrige. Pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde noe flere konsultasjoner sammenlignet med Helse Vest, både i offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister.
- Unge kvinner hadde generelt flere konsultasjoner enn menn i spesialisthelsetjenesten (under <24 år), antallet konsultasjoner økte med alderen, og var negativt korrelert med økt utdanning. Foreldres utdanning hadde ingen systematisk sammenheng med antall konsultasjoner for barna, mens innvandrere hadde færre konsultasjoner sammenlignet med den øvrige pasientpopulasjonen.
- Barn i kontakt med barnevernet har i gjennomsnitt færre tvangshendelser i PHBU enn den øvrige pasientpopulasjonen. Det var imidlertid økt risiko for tvangshendelser knyttet til visse typer barnevernstiltak. Jenter hadde i gjennomsnitt høyere antall tvangshendelser enn gutter i materialet. Et eksempel på type tvang der det var store forskjeller mellom kjønnene er andelen som får tvungen ernæring – her var 97 % jenter. Det var mindre forskjell når det gjaldt for eksempel skjerming (63% jenter).
- Skjerming og tvangsbehandling med legemidler var de største kategoriene i PHV-V. Blant de under 24 år i PHV-V var det en høyere andel som hadde opplevd kortvarig fastholding blant de som var i kontakt med barnevernet sammenlignet med de som ikke var det. Gjennomsnittlig antall tvangshendelser per år per individ i PHV-V lå på 4, med en median på 2. Kvinner hadde signifikant flere tvangshendelser enn menn, og det var store forskjeller mellom kjønnene i ulike typer tvang, som tvungen ernæring og kortvarig fastholding.
- I perioden 2013-2020 hadde barn i kontakt med barnevernet generelt sett flere konsultasjoner hos fastlege, legevakt og lab/røntgen-tjenester sammenlignet med den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen som mottok disse tjenestene. Mens forbruket av tannlegetjenester var lavere for de yngste barna i barnevernet, økte det på nivå med den totale populasjonen ved fylte 17-18 år. Regresjonsanalyser som sammenlignet barn i barnevernet med en matchet kontrollgruppe, bekreftet også at barn i barnevernet hadde betydelig høyere bruk av helsetjenester både når det gjaldt fastlege, legevakt, tannlege og lab/røntgen-tjenester.
- Det er høyere andel av barn i barnevern som mottar grunn- og hjelpestønad sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette indikerer større helseutfordringer blant barn i barnevernet, til tross for kortere varighet av stønadene, spesielt for de i beredskapshjem.

Del 4 Diskusjon og anbefalinger

Formålet med denne rapporten har vært å undersøke om barn og ungdom i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller som får tiltak i hjemmet, får nødvendig helsehjelp. Vi har gjort dette gjennom å belyse en mengde problemstillinger med et rikt datamateriale fra registerdata, survey blant unge og kvalitative intervjuundersøkelser rettet mot alle berørte aktører i dette feltet: barn og unge, foreldre og fosterforeldre, ansatte og ledere i det kommunale barnevernet, barnevernsinstitusjonene, BUP og sentrale samarbeidspartnere.

I denne siste delen gis en oppsummerende diskusjon av resultatene relatert til samtlige problemstillinger knyttet til de tre hovedspørsmålene i prosjektet. Til slutt gis anbefalinger basert på funnene, som kan sette barnevernet og helsesektoren bedre i stand til å imøtekomme barn og unge i barnevernets behov for helsehjelp

Hovedspørsmål:

- Hvordan oppleves behovet for helsehjelp, og tilbudet om helsehjelp av barnet/ungdommen selv, og av foreldre og fosterforeldre?
- Hvilke barrierer for nødvendig helsehjelp fins (på individnivå, tjenestenivå og systemnivå), og hvilke faktorer bidrar til helsehjelp?
- Hvilke helsetjenester får barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og ungepopulasjon, hva karakteriserer helsetjenestebruken, og hvordan har utviklingen har vært i perioden 2013-2020?

11 Oppsummerende diskusjon og anbefalinger

11.1 Behov for, tilgang til og erfaringer med helsehjelp slik barn, ungdom, foreldre og fosterforeldre i barnevernet opplever det

- *Hvilken hjelp opplever barn, ungdom og deres foreldre/fosterforeldre at barnet/ungdommen trenger, og opplever de at de får hjelp når de trenger det?*

Funn basert på data fra barn og unge, både kvalitative intervjuer (n=26) og survey (n=230) og intervjuer med foreldre og fosterforeldre (n=14), er svært sammenfallende på problemstillingene som ble undersøkt i del 1. Når det gjelder spørsmålet om hvilken helsehjelp barnet eller ungdommen trenger, finner vi behov relatert til et bredt spekter av psykiske vansker og diagnoser mens behov for helsehjelp relatert til fysiske plager og sykdom eller rusproblematikk i liten grad tematiseres.

Vår survey blant ungdom og unge voksne med tiltak i barnevernet (16-23 år, n=230) viser signifikant høyere skåre på angst og depresjonssymptom (målt ved Hopkins symptom checklist) blant de som bor hjemme med familie sammenlignet med unge som bor med fosterforeldre. Studien har relativt få deltakere, men resultatet er i tråd med funnene i en populasjonsbasert studie i Hordaland (Nilsen et al., 2021). Vår survey viser også at unge i fosterhjem skårer bedre på generell helse (basert på SCL-5) enn de andre gruppene i studien, det vil si de som enten har flyttet ut av hjemmet/fosterhjemmet eller bor i barnevernsinstitusjon. Videre at unge i fosterhjem skårer lavere på angst sammenlignet med unge som har flyttet ut av hjemmet eller fosterhjemmet og bor for seg selv.

De fleste barn og unge i vårt materiale har hatt kontakt med en rekke ulike helse- og velferdstjenester, noe som kommer tydelig fram både i de to kvalitative studiene (kap. 3-4) og i survey (kap. 5). Svært mange har erfaring med BUP, og ofte flere behandlingsperioder der gjennom årenes løp. Hovedinntrykket er likevel at mange opplever at de ikke får psykisk helsehjelp når de trenger det, og at hjelpen ikke oppleves tilstrekkelig. Vår survey viste også at de unges rapportering av udekket behov for helsetjenester og tiltak hadde statistisk signifikant sammenheng med økende alder og symptomer på angst og depresjon.

Flere foreldre og fosterforeldre opplevde også at det kunne være vanskelig å forstå hva som var barnets hjelpebehov. Problemene var ofte mange og komplekse. Enkelte fosterforeldre var opptatt av at det var ting man ikke visste om barnets oppvekst før omsorgsovertakelse, og dermed ikke full innsikt i hva som kunne være viktige årsaker til barnets vansker. Dette kunne gjøre det vanskelig å vurdere hvilken type hjelp som var mest aktuell, og om hjelpetilbudet var tilstrekkelig eller ikke. Både foreldre og fosterforeldre i vår studie satte sin lit til BUP, den mest spesialiserte kompetansen, for psykisk helsehjelp til sitt barn. Som vist i rapportens innledning (jf. kap. 1.1.2) er dette også i tråd med behovet for psykisk helsehjelp i mange tilfeller i målgruppen (Kayed et al., 2015; Lehmann et al., 2013; S. A. Nilsen et al., 2021). Ofte vil det være snakk om barn som har opplevd svært vanskelige og traumatiske opplevelser, om alvorlige psykiske diagnoser og spiseforstyrrelser som følge av dette (Engler et al., 2022; Hafstad, 2021).

Det at flere tjenester og tiltak er involvert, tyder på tilgjengelig helsehjelp. Samtidig viser vår studie, i likhet med andre, at mange involverte kan utgjøre en barriere for hjelp. I de kvalitative intervjuene fortalte barn, unge og foreldre/fosterforeldre om det de opplevde som mange instanser, tjenester og personer å forholde seg til. Dette som følge av sammensatte hjelpebehov, ustabil livssituasjon, barnets flyttinger grunnet omsorgsovertakelser, utskifting av behandlere etc. Dette opplevdes som krevende, både fordi det ble mange mennesker å forholde seg til, vanskelig å ha oversikt, og dårlig koordinering mellom tjenestene. Disse utfordringene kjenner vi igjen fra mange andre studier og utredninger hvor det også har blitt pekt på at mangel på koordinering er en av hovedutfordringene i arbeid med barn og unge med sammensatte behov (Barneombudet, 2020b, 2022; Helsetilsynet, 2019, 2023; NOU:12, 2017; NOU:24, 2023). Det er

utviklet mange modeller for samarbeid og samordning for å sørge for mer helhetlige tjenester til barn og unge i barnevern (Oslo Economics, 2022; Ruud & Weimand, 2018), men det er fortsatt slik at manglende samarbeid og samordning er en av de store utfordringene. Det er forventninger til det nye nasjonale forløpet for barnevern, som ble lansert i februar 2023, og som skal bidra til at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet slik at de sikres nødvendig helsehjelp ved behov, i kombinasjon med riktig tiltak fra barnevernet (Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2023).

- *Hvilke helsetjenester vurderes som viktige, og hva har betydning for at tjenesten vurderes som viktig?*

Våre funn i de kvalitative undersøkelsene (kap. 3-4) viser at BUP vurderes som den viktigste tjenesten, men er samtidig den mest kritiserte blant ungdommer, foreldre og fosterforeldre i vårt datamateriale. BUP er en sentral og viktig tjeneste på den måten at de fleste har eller har hatt kontakt ved behov for psykisk helsehjelp, og gjerne i flere omganger. Mange foreldre, fosterforeldre og ungdommer etterlyser og setter sin lit til psykisk helsehjelp fra BUP. Andre rapporter viser det samme (Barneombudet, 2020b, 2022). Det går fram av vår studie at mange har den oppfatningen at; psykisk helsehjelp er noe som gis i spesialisthelsetjenesten (og uavhengig av omfang eller type psykiske vansker), og at BUP er viktig i kraft av å være et spesialisert tilbud. Selv om de fleste av informantene i vår studie har kontakt med ulike kommunale tjenester, for eksempel en helsesøster eller en kontaktperson på skolen eller i barnevernet, er inntrykket at det legges mindre vekt på betydningen av denne (lavterskel) hjelpen relatert til psykisk helse.

Resultater fra de kvalitative intervjuene med ungdom, foreldre og fosterforeldre kan tyde på manglende kunnskap om psykisk helsehjelp i kommunen, og hva slike tjenester kan bidra med når det gjelder behandling og oppfølging. Kunnskap om tilgjengelige tjenester, og hva de kan bidra med er åpenbart viktig. Psykisk helse kompetanse (mental health literacy) regnes også som en viktig faktor som har innvirkning på psykisk helse, og handler om hvor godt man er i stand til å ta gode valg til fordel for egen og andres psykiske helse – en kompetanse som har betydning for om man søker hjelp eller ikke (Kutcher et al., 2016; Wei et al., 2015). Resultatene fra vår survey blant unge 16-23 år viste at gjennomsnittskårene på psykisk helse kompetanse (mental health literacy) var dårligere i utvalget som helhet sammenlignet med publiserte tall fra ungdom og unge voksne i den generelle populasjonen, målt med samme måleinstrument (MHL-10) (Bjørnsen et al., 2017). I og med at vi ikke har mulighet til å kontrollere disse tallene for mulig konfunderende faktorer som kjønn og alder, er det behov for å undersøke dette nærmere i fremtidig forskning. Våre resultater viste at det ikke var forskjeller mellom de ulike gruppene, det vil si unge som bor hos fosterforeldre eller hos familie, i barnevernsinstitusjon, eller alene (flyttet ut fra familie/fosterfamilie) når det gjelder psykisk helse kompetanse. Det var ikke signifikante forskjeller i de unges vurdering av tilbudet fra BUP, men unge i fosterhjem var mer fornøyd med barnevernstjenesten enn de andre gruppene, blant annet når det gjaldt medbestemmelse.

Mangelfull kunnskap om kommunalt psykisk helsearbeid i målgruppen, og hva som er kommunens roller i forhold til BUP sine roller, kommer også fram i Barneombudet sine undersøkelser, og tydeliggjør et behov for ansvarsavklaring (Barneombudet, 2020b, 2022). Mens kommunenes plikt til å tilby psykisk helsehjelp til barn og unge har vært der i mange år, er variasjonene mellom kommunene store når det gjelder kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Osborg Ose & Kaspersen, 2022). Samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom kommunen og BUP har stor betydning for at barn og unge får oppfylt sin rett til helsehjelp (Barneombudet, 2022). På bakgrunn av funnene i vår studie er det et spørsmål om ikke mer av psykisk helsehjelp til barn og unge bør ivaretas i kommunehelsetjenesten. Enkelte av de unge etterspurte også annen hjelp enn utredning og diagnostisering, og mer hjelp som er rettet mot hverdagslivet og deres sosiale kontekst. I evalueringen av CARE, utprøving av en modell for tverrfaglig kartlegging av barn og unge som barnevernet har flyttet ut av hjemmet, fant man at anbefalinger for videre oppfølging for mange dreide seg om kommunale helsetjenester inkludert fastlege, helsestasjon/ skolehelsetjeneste, PPT og

andre tiltak i skole og barnehage, og for noen dreide det seg om nærmere utredning eller behandling i BUP (Myrvold et al., 2020).

Samtidig som mange forventer at psykisk helsehjelp skal komme fra BUP (og ikke fra kommunale tjenester), viser våre funn at mange foreldre og ungdommer er kritiske til BUP. Kritikken omhandler både BUP som system, behandlingstilbudet som gis, og enkeltbehandlere som foreldre eller ungdommer ikke synes tilbyr nyttig hjelp. Mange av våre informanter i de kvalitative intervjuene var opptatt av det de opplever som dårlig tilgjengelighet til behandling. Foreldre og fosterforeldre var frustrerte der henvisninger til BUP ikke fører til et tilbud, eller at det tar for lang tid å få hjelp. Lang behandlingstid på henvisninger som fører til at det tar for lang tid før de unge får helsehjelp har blitt fremhevet som et alvorlig problem (Barneombudet, 2020b). Kanskje har foreldres høye forventninger til BUP også gjort skuffelsen og kritikken desto større for enkelte. For eksempel viste en studie blant foreldre i BUP at det å måtte vente på behandling var negativt assosiert med tilfredshet med behandlingsresultat (Bjørngaard et al., 2008).

Blant de unge som *har* et behandlingstilbud i BUP nevnes en rekke praktiske barrierer for kontakt, slik de opplever det: dårlig tilgjengelighet til time utenom kontortid, lang reisevei, få muligheter til å ta kontakt utenom det å ringe (som mange unge vegrer seg for). I intervjuene med foreldre og fosterforeldre kom det fram at enkelte mente BUP avslutter behandling tidligere enn forventet, og surveyen viste at 40 prosent av de unge opplevde at behandlingen de hadde fått i BUP var for kort. Når det gjelder behandlingstid virker innsatsstyrt finansiering inn med krav til effektivitet og gjennomstrømning av pasienter (Helsedirektoratet, 2019). Det er bekymringsfullt dersom BUPs rammer gir manglende fleksibilitet og kapasitet til å møte barn og unge med tiltak i barnevernet sine individuelle behov for psykisk helsehjelp. I en undersøkelse av tilgang til ambulant psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjonene formidler flere av institusjonene et inntrykk av at BUP styres av krav om effektiv drift, og det å holde kostnadene nede, og at ambulerende virksomhet dermed nedprioriteres (Ådnanes et al., 2023).

Det er flere forhold i vurderingen av den helsehjelpen som gis som handler om BUP som system, men i enkelte tilfeller dreier kritikken seg eksplisitt om misnøye med behandler. Da handler det mest om hva behandler *ikke* gjør – at problemet er at behandler oppleves som passiv og uengasjert overfor ungdommen. Som nevnt påpeker noen foreldre og ungdommer at hjelpen ikke er nyttig fordi man opplever at virkemidler og verktøy ikke er tilpasset problemene. Noen mente behandlingen var for avgrenset til medisiner der man forventet samtaler om det barnet sliter med, og at stor vekt på diagnoser og utredning sto i veien for god kontakt og samtaler. Dette utgjør medvirkende årsaker til at en del mente at BUP ikke hadde vært nyttig.

Det er god grunn til å gi oppmerksomhet til barn og unge i barnevernet som ikke er tilfreds med tilbudet de får i BUP. En longitudinell undersøkelse om erfaring og tilfredshet med BUP viste at de som var lite tilfredse med hjelpen fra BUP da de fikk den som barn, strever på mange livsarenaer som unge voksne (Westbye et al., 2022). Studien konkluderer med at det er svært viktig å utvikle tjenester som er bedre tilpasset de som i dag er lite tilfredse med BUP (ibid.).

○ *Trygg og nyttig hjelp, slik barn/unge og foreldre/fosterforeldre opplever det?*

En god og trygg relasjon med behandler vurderes som svært betydningsfullt for om behandling hos BUP vurderes som nyttig. Dette går tydelig fram av intervjuer med de unge, og bekreftes av foreldre og fosterforeldre. Det er også i tråd med annen forskning som understreker at en god relasjon til behandler er særskilt viktig for denne målgruppen, og helt grunnleggende for at de skal oppleve trygg, god og virksom behandling (Curry, 2019). En god behandlerrelasjon er avgjørende for opplevelsen og effekten av psykoterapeutisk behandling generelt sett (Wampold & Imel, 2015). De unge i vår studie satte stor pris på hjelpere eller behandlere som viser oppriktig interesse og tar dem på alvor, og relasjonen må oppleves som trygg for at de skal ønske å ta imot hjelpen. En studie av hva som hemmer og fremmer ungdom sitt

oppmøte på BUP (Bjønness & Storm, 2021) viser lignende funn, og identifiserer følgende faktorer: å bli tatt på alvor, kjemi med behandler, informasjon og forståelse, tro på bedring og fleksibilitet og tilgjengelighet.

Vår studie viser også en rekke eksempler på at relasjoner med hjelpere i ulike tjenester kan ha stor betydning der det utvikles en god relasjon mellom behandler/kontaktperson/fagperson og ungdom. Det kan dreie seg om en helsesykepleier på skolen, en miljøarbeider eller en lærer, en fastlege, eller en god relasjon og støtte fra kontaktperson i barnevernstjeneste. For mange handler det nok også om å få dekket et behov for en god og trygg voksenperson å snakke med. De fleste har en oppvekst med relasjonsbrudd og negative relasjonserfaringer. Desto viktigere er det med trygge, gode, støttende og stabile relasjoner i hjelpeapparatet. Forskning på bedringsprosesser hos unge med psykiske helseproblemer viser betydningen av å vektlegge og styrke sosiale relasjoner og tilhørighet, samt håp og positive forventninger til fremtiden (Curry, 2019; Rayner et al., 2018). Dette utfordrer tjenestene, inkludert BUP, til å tilby en bredere og mer mangfoldig tilnærming. Det vil derfor være avgjørende at psykisk helsehjelp til denne målgruppen legger vekt på å ivareta det relasjonelle aspektet i helsehjelpen.

Denne studiens funn om betydningen av trygg, god og støttende relasjon til behandler eller andre fagpersoner, støttes av annen forskning som viser at barn og unge i barnevernet er særskilt sensitive for utviklingen av behandlingsrelasjoner (Curry, 2019; Skoog et al., 2014).

Det kan være vanskelig for barn og unge i barnevernet å utvikle tillit når hjelpen er fragmentert med stadige utskiftninger av kontakter og behandlere. Slike situasjoner blir en barriere for utvikling av et tillitsfullt forhold med trygg og fortrolig relasjon. I verste fall bidrar systemet til å påføre de unge nye relasjonsbrudd som er særskilt skadelig for denne målgruppen, og som det advares mot i en rekke andre studier og utredninger (Helsetilsynet, 2023; NOU:24, 2023).

- *Hvordan opplever ungdommene at de inkluderes i planleggingen og beslutninger som tas om deres utredning og behandling?*

Studien viser at ungdom ønsker å få informasjon og å bli involvert i beslutninger om det de opplever som betydningsfullt for sitt behandlingsforløp. På tross av at medvirkning og innflytelse i egen behandling er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3.1), gir studien inntrykk av en relativt lite utbredt medvirkningspraksis i tilknytning til utredning og behandling. Funnene peker på noen barrierer for medvirkning i behandlingsforløp, og gir også eksempler på gode opplevelser knyttet til praksis.

Studien tyder på at rammene rundt medvirkning kan utgjøre en barriere for reell medvirkning, eksempelvis der ungdommer påpeker at det kan være krevende for dem å skulle bidra inn i samarbeidsmøter med mange voksne fagpersoner til stede. Her var det ønskelig med hjelp fra trygge kontaktpersoner som kunne forklare ungdommene hva saker handlet om og eventuelt være deres talsperson og formidle deres ønsker inn i ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter og lignende. Funnene viser noen gode eksempler på at kontaktperson/saksbehandler i barnevernet fylte en slik rolle for ungdommene ved å være en nøkkelperson som kjenner ungdommens helhetlige situasjon og kan videreformidle deres ønsker, forklare ungdommene hvordan systemet fungerer og være bindeledd mellom ulike involverte tjenester og fagpersoner. Dersom lovens krav til medvirkning i egen behandling skal ivaretas vil det være nyttig at det utforskes hvordan det enkelte barn/ ungdom kan medvirke på en måte som føles trygg.

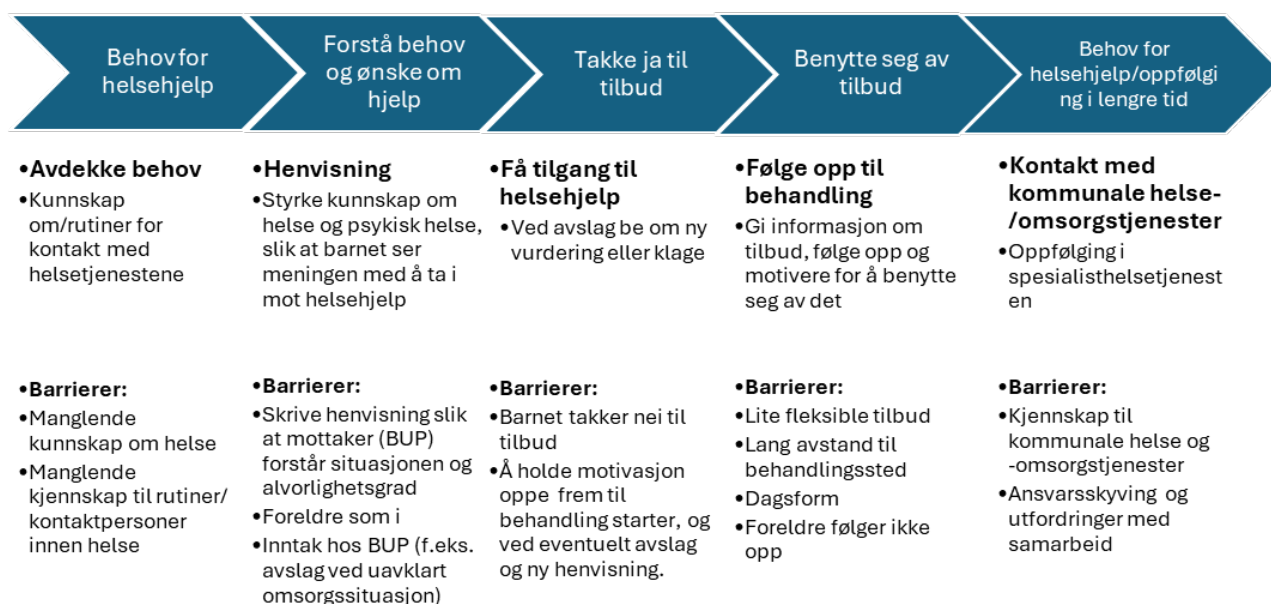
11.2 Barrierer for helsehjelp og faktorer som bidrar til helsehjelp

- *Hvilke barrierer for helsehjelp finnes (på individnivå, tjenestenivå og systemnivå), og hvilke faktorer bidrar til helsehjelp - slik det kan leses ut fra barnevernets mapper?*

Funn fra mappe- og intervjustudien i rapportens del 2 viser at det eksisterer barrierer for helsehjelp til barn og unge i barnevernet. På individnivå finner vi barrierer når det gjelder motivasjon hos barnet selv,

foreldrenes oppfølging av behandlingstilbud, og for lav kompetanse hos barnevernsansatte til å avdekke og følge opp behov for helsehjelp. Sistnevnte barriere forsøkes brytes ned gjennom det nye «Nasjonalt forløp i barnevern [...]»³⁰. Det vil være viktig å finne ut om det nye forløpet gir saksbehandlere i barnevernet de rette verktøyene for å fange opp og koble på helsetjenester i barnevernssaker der dette er nødvendig. Funn fra mappe- og intervjustudien forteller om et udekket behov for psykisk helsehjelp, eller et gap i helsehjelpstilbudet, som ligger i rommet mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Dette gapet handler både om en høy terskel for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten (BUP) og om få alternativer til oppfølging av helsetjenestene i kommunen. Barn som har behov for psykisk helsehjelp faller i flere tilfeller mellom to stoler, og barnevernet ender opp med å ivareta både barnets omsorgsbehov, men også helsebehov i påvente av at barna får et tilbud. Barrierer på systemnivå handler om utfordringer på tjenestenivå når det gjelder å samarbeide på tvers av ulike ansvarsområder og lovverk (både innad i kommuner og med helseforetak), og mangel på langsiktig og helhetlig tenking rundt det enkelte barnet. En dominerende barriere er mangel på kapasitet hos BUP og at tilbudene ikke er fleksible nok. Dette er spesielt knyttet til at behandlingstilbudene er lokalisert på BUP poliklinikk, og at behandlingstilbudet gis på kontor og innenfor normal arbeidstid. Rammene og strukturene til BUP treffer ikke alle barn og unge, og barn og unge i barnevernet utgjør en gruppe som opplever store utfordringer når det gjelder å tilpasse seg rammene til BUP.

Vi har i modellen nedenfor forsøkt å illustrere samspillet mellom det enkelte barns, og omsorgssystemet rundt barnet sin forståelse av barnets helsebehov og behov for helsehjelp, og ulike barrierer som forhindrer både forståelse for og motivasjon for å motta helsehjelp. Den er basert på, og inspirert av modellen som beskriver tilgang til helsehjelp, referert til innledningsvis i rapporten (Levesque et al., 2013). Modellen er tilpasset våre funn i mappe- og intervjustudien, med fokus på hvilke steg som er nødvendige for å få tilgang til helsehjelp (særlig psykisk helsehjelp) og hvilke barrierer som kan oppstå. Den øverste linjen (de blå pilene) representerer barnet i prosessen fra at behov for helsehjelp dukker opp, til så å få tilgang og bli fulgt opp av helsetjenestene. Kulepunktene under de blå pilene viser hva som kreves av barnevernsansatte (og andre fagpersoner/voksne) for å følge opp barnets behov for helsehjelp. De nederste kulepunktene beskriver barrierer som kan oppstå i forløpet knyttet til at barnet får tilgang til helsehjelp.



Modellen viser at det flere steder i prosessen kan oppstå barrierer, både hos barnet selv, hos foreldre, og i tjenestene og systemet. Modellen tydeliggjør også at prosessen tar tid, det er flere steg på veien til at

³⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern>

barnet får et tilbud som barnet takker ja til og benytter. Det å gi informasjon om tilbudet til barnet, og å motivere og styrke psykisk helsekompetanse kan bidra til at barnet får raskere tilgang til, og benytter seg av nødvendig helsehjelp.

○ *Hvilke typer helsetilbud til barn og unge dokumenteres i barnevernsmappene?*

I mappestudien i kommunal barneverntjeneste fant vi at barna i utvalget har til dels store, og sammensatte helseutfordringer som krever samlet og koordinert helsehjelp fra flere ulike instanser. Funn fra mappene viser at barna mottar et bredt tilbud av helsetjenester. Helsetilbudet er både somatisk og psykisk/psykiatrisk, og tjenester blir gitt av både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Vi har i mappestudien funnet dokumentert et høyt legemiddelforbruk blant ungdommene i barnevernsinstitusjonene, noe som samsvarer med tidligere studier (Bramness et al., 2018; Oerbeck et al., 2020; Oerbeck et al., 2021). Både reseptfrie og reseptbelagte medisiner krever gode rutiner og kunnskap om legemiddelhåndtering og mulige interaksjoner mellom medikamenter, og barnevernsinstitusjonene er pålagt et stort ansvar når det gjelder oppbevaring, håndtering og utdeling av legemidler.

Helseutfordringene hos barna i mappestudiens utvalg ser ut til å øke i både omfang og alvorlighetsgrad i takt med tyngden i plasseringstiltaket. Med forbehold om et begrenset utvalg i mappestudien samsvarer våre funn med tidligere forskning på psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner (Jozefiak et al., 2016; Kaye et al., 2015). Mens Kaye et al. (2015) fant at så mange som 76 prosent av deres utvalg fylte kriteriene for minst én psykiatrisk lidelse ut fra diagnosesystemet DSM-IV i løpet av de tre siste månedene, finner vi at samtlige barnevernsinstitusjonsmapper (n=15) i vårt utvalg dokumenterer psykiatrisk behandling. Vi finner også at det er dokumentert psykiatrisk behandling i de tre kommunale barnevernsmappene (n=13) der barnet/ den unge i barnevernsforløpet har mottatt institusjonsplassering som hjelpetiltak. Det er ikke mulig å generalisere eller trekke slutninger på bakgrunn av våre funn, men vi mener det kan være hensiktsmessig at det iverksettes ytterligere forskning på akkurat denne gruppen barn og unge i barnevernet for å undersøke utviklingstrekk i belastninger knyttet til psykisk og somatisk helse. Samtidig ser vi i mappene at psykisk helsevern for barn og unge har en gjennomgående tendens til å overlate ansvaret for barnets helse og helsehjelp til barnevernet, og da spesielt til barnevernsinstitusjonene dersom barnet er plassert ved institusjon. Barnets behov for akutt- eller døgnplass i spesialisthelsetjenesten ser ut til å bli nedprioritert fordi barnet allerede har et miljøterapeutisk tilbud i barnevernsinstitusjonen. I disse tilfellene blir institusjonen og dens ansatte tillagt et ansvar for barnets helsebehov som institusjonen verken har kompetanse eller kapasitet til å håndtere. Denne ansvarsforskyvningen utgjør en stor barriere for helsehjelp til barnet, og i mappestudien har vi identifisert tilfeller der dette har ført til en uheldig og negativ sykdomsutvikling hos enkelte barn.

○ *I hvilken grad takker barn og unge nei til helsetilbud, lar være å møte opp til avtale, eller avslutter behandling før tiden? Hva er årsakene der barn og unge med behandlingstilbud velger å ikke møte til behandling, eller avslutter behandling før tiden?*

En utfordring som kommer frem i delstudien er at barn og unge takker nei eller at de ikke benytter seg av det psykiske helsetilbudet de har fått. Det blir skissert flere grunner til at dette av informantene. En av disse er «mangel på selvinnsikt», at ungdommene ikke mener de har de utfordringene som de voksne rundt dem ser, og ønsker dermed ikke å motta helsehjelp. Det at de har lite selvinnsikt i sin egen helsesituasjon og lav psykisk helsekompetanse, gjør at de har dårligere forutsetninger for å ta gode valg for sin egne psykiske helse (Bjørnsen et al., 2017; Jorm, 2000; Kutcher et al., 2016; Wei et al., 2015). Funn fra mappestudien viser at barn og unges egen avvisning av tilbud om helsehjelp utgjør en stor barriere for at barnet skal få den helsehjelpen det faktisk har behov for. Dette tyder på at kunnskap om egen helseproblematikk og helsehjelpsbehov kan være avgjørende for at barnet ønsker å ta imot helsehjelp. Spesielt gjelder dette problematikk knyttet til psykisk helse og hvilken helsehjelp som er tilgjengelig for

barnet. Funn fra mappestudien peker i retning av at barna responderer best når denne kunnskapen blir gitt av helsepersonell. Manglende kompetanse på psykisk helse og -problematikk hos barnevernsansatte er i denne sammenhengen en barriere, fordi barnevernet ofte er hjelpeinstansen nærmest barnet. For at barnet skal kunne få kunnskap om sine helseutfordringer må personene nærmest barnet ha kunnskap om psykiske lidelser slik at barnets problematikk blir anerkjent og håndtert.

Stigma rundt psykisk helse, samt dårlige erfaringer med tjenestene, har blitt trukket frem som utfordringer i tidligere studier (Gulliver et al., 2010; Kaasbøll & Aanonli, 2016). Dette blir også tematisert i intervjuer med de som jobber nært barna, saksbehandlere i barnevernstjenestene og helseansvarlige i barnevernsinstitusjoner. Noen av informantene opplever at det heller er *mindre* stigma rundt psykisk helse for barna i dag enn det har vært før, og flere trekker fram dårlige erfaringer som grunner for at barna takker nei eller ikke møter til behandling. Det kan for eksempel være dårlige erfaringer med behandlere eller med brudd i behandling på grunn av flytting. For barn med hjelpetiltak i hjemmet er stigma rundt psykisk helse en tydeligere barriere, der foreldre har lav psykisk helsekompetanse og opplever det som et skambelagt tema, slik at de ikke ønsker eller ser poenget med at barnet skal til behandling.

En annen årsak til at barn og unge ikke møter til behandling er at de ikke kommer seg til kontoret der behandlingen skal foregå. Våre funn tyder på at behandling blir avsluttet også i tilfeller der barnet eller ungdommen selv ønsker behandling, fordi barnet/ ungdommen fremstår i BUPs perspektiv som umotiverte fordi de ikke har møtt til noen få timer. Våre informanter mener dette i stor grad handler om at behandlingstilbudet er for lite tilpasset barna og ungdommene de jobber med, og etterlyser mer fleksible tilbud fra spesialisthelsetjenesten som tar hensyn til dagsform og livssituasjonen til det enkelte barn eller ungdom. Behandling som gjennomføres på et kontor i klinikk er ikke tilpasset for en del av barna og ungdommene i barnevernet, og fungerer derfor i liten grad. Informantenes erfaringer tilsier at systemene må tilpasse seg barna, og ikke motsatt, dersom man skal få til å gi barn i barnevernet nødvendig helsehjelp.

- *I hvilken grad skjer det brudd i behandlingen/oppfølgingen fra tjenestene, og hva er årsakene til at det skjer?*

Våre funn viser at det er en utfordring at barn ikke blir utredet på grunn av manglende egenmotivasjon, foreldre som ikke følger opp barnas helsebehov, flyttinger eller BUP som avviser henvisning (særlig på grunn av uavklart omsorgssituasjon eller på grunn av rusutfordringer hos ungdommen). «Utagerende» atferd hos ungdom kan også være grunn til at utredning ikke blir gjennomført. Ettersom diagnoser også kan fungere som døråpner inn mot helsetjenestene i kommunen, kan det å ikke bli utredet være en barriere for å få riktig hjelp og tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester. Brudd i behandlingstilbudet kan også skje når barnet eller ungdommen selv ikke ønsker å fortsette utredning eller behandling. Ut fra våre funn ser det ut til at det er de mest sårbare barna og ungdommene som er plassert i barneverninstitusjon som velger å avbryte utredning- eller behandlingsløp. I disse tilfellene finner vi at behandlingsapparatet kun unntaksvis jobber systematisk og tålmodig med å motivere ungdommen tilbake i helsetilbudet. På grunn av den manglende forståelsen og tilretteleggingen fra særlig spesialisthelsetjenesten, kan i mange tilfeller barnets motstand mot utredning og behandling utløse brudd i behandling og oppfølging fra tjenestenes side. Vi mener et større fokus på å utvide barnet eller den unges kunnskap om egen helseproblematikk kunne vært benyttet som motivasjonsfaktor i langt større grad enn det vi finner dokumentert i barnevernsmappene. Kunnskap og kompetanse knyttet til egne psykiske helseproblemer har betydning for om man søker hjelp for problemene eller ikke (Jorm, 2000).

- *Hva oppfatter kommunale tjenester med henvisningsrett som barrierer for helsehjelp?*

Hensvisningsrett til spesialisthelsetjenesten (PHBU) er gitt fastlegen, psykolog i kommunen og barnevernsleder (Helsedirektoratet, 2023c). Bufdir og Helsedirektoratet (2015, s. 25) uttaler i rundskriv 21/2015³¹: «Dersom barnevernleder henviser barnet til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), anbefales det at henvisningen samordnes med andre aktuelle instanser, som fastlegen, slik at de nødvendige og relevante opplysninger fremgår». En slik samordning vil i de fleste tilfeller kunne gjennomføres praktisk og forholdsvis enkelt, men i tilfeller der barn og unge er plassert i barnevernsinstitusjon med en viss geografisk avstand til hjemkommunen, kan anbefalingen til Bufdir være utfordrende å oppfylle og utgjøre en barriere for helsehjelp. Funn fra intervjustudien viser at det er behov for bedre løsninger knyttet til fastlegeordningen for de barna som er i fosterhjem eller institusjon. Barna blir gjerne stående uten fastlege på grunn av fastlegemangel der de er plassert, og man må benytte seg av private aktører eller legevakt. Barna kan også bli stående på venteliste for fastlege etter flytting, enkelte ganger over lang tid. Det fører til en mangel på kontinuitet i helseoppfølgingen. Noen ganger vurderes det hensiktsmessig at barnet beholder den gamle fastlegen, selv om denne befinner seg i stor geografisk avstand til barnets nye bosted, fordi fastlegen har god kjennskap til barnets helseutfordringer. Videre kan anbefalingen tolkes i retning av at en henvisning fra barnevernsleder ikke inneholder nødvendige helsefaglige vurderinger basert på helsefaglig kompetanse når en henvisning fra barnevernsleder alene skal vurderes og prioriteres av spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor oppstå en viss risiko for at henvisninger fra barnevernsledere nedprioriteres av spesialisthelsetjenesten når henvisningen «konkurrerer» om prioritering med henvisninger fra fastleger og psykologer i kommunene som har felles kompetanse og fagspråk som ansatte i spesialisthelsetjenesten. Barnevernslederne uttrykker i vårt materiale en bekymring knyttet til at flere av barna som barnevernstjenesten har ansvaret for er svært syke og at terskelen for å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten er høy. Som henviser opplever ofte barnevernslederne at BUP avslår henvisningene med begrunnelse om «uavklart omsorgssituasjon», eller at barna ikke er syke nok til å ha rett på helsehjelp. Barnevernslederne har kun henvisningsrett til BUP poliklinikk, og har ingen innflytelse når det gjelder innleggelse ved sengepost. Barnevernsledere i vårt materiale opplever at plassering i barnevernsinstitusjon i realiteten blir alternativet til innleggelse i psykiatrien. Erfaringene til barnevernslederne står i sterk kontrast til Helsedirektoratets prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge (2015) der det i del 1 under fagspesifikk innledning beskrives utfyllende om sårbare grupper:

Spesialisthelsetjenesten bør sammen med førstelinjen ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser. Sårbarheten kan skyldes forhold ved pasienten selv eller belastninger som barnet eller ungdommen har på grunn av forhold utenfor dem selv. For eksempel vil enkelte barn og deres familier motta tjenester fra barnevernet, og noen barn vil være under barnevernets omsorg. Andre sårbare grupper er mindreårige flyktninger og barn av asylsøkere, barn av rusmisbrukere og/eller foreldre med psykiske tilstander. Da vi vet at barn og unge i disse gruppene er spesielt utsatt for utvikling av alvorlige psykiske tilstander, bør dette kunne medføre kortere ventetid.

Erfaringene til barnevernslederne når det gjelder tilbudet fra spesialisthelsetjenesten til barn og unge i barnevernet samsvarer med funnene vi har gjort i mappegjennomgangen. Vi har presentert seks ulike barnevernsforløp i kapittel 6 som illustrerer et fragmentert helsetilbud til barn og unge i barnevernet, og der psykisk helsehjelp skiller seg klart ut som fragmentert, og i noen saker også tilfeldig. Vi stiller spørsmålsteget ved denne kontrasten, spesielt sett i lys av prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015) som helt tydelig anbefaler kortere ventetid for denne gruppen barn og unge. I intervjuer med ansatte ved BUP poliklinikk framkommer det sterke, faglige begrunnelser for at utredninger bør vente til barnets omsorgssituasjon er stabil. Dette begrunnes i at livssituasjoner som for barnet er preget av multistress og

³¹ Rundskrivet er for tiden under revidering, ifølge Bufdir.

traumatiske situasjoner kan føre til feil utslag på BUPs forskjellige utredningsverktøy, og videre risiko for feildiagnostisering. Dette er vi enige i samtidig som vi mener psykisk helsevern i slike situasjoner må raskt på banen med veiledning til barnevernstjenesten og barnets omsorgsgivere slik at barnet opplever et stabiliserende voksenmiljø rundt seg i påvente av avklaring rundt omsorgssituasjon.

Funnene fra mappestudien i barneverninstitusjoner og funn fra intervjuer med barnevernslederne forteller om en enda alvorligere situasjon når det gjelder barn og unge som er plassert i barnevernsinstitusjon. Funnene fra mappestudien viser at det er dokumentert alvorlige psykiatriske diagnoser for mange av barna, barna har resepter på et stort utvalg av, og til dels sterke medikamenter. Vi finner også dokumentert i mappene at i storparten av tilfellene, der barna har begått handlinger som alvorlig selvskadning eller selvmordsforsøk, avvises barna av akuttpsykiatrien og overlates til personalet ved barnevernsinstitusjonen. Dette er et svært alvorlig funn fordi barnevernsinstitusjoner ikke er helseinstitusjoner, og det er ikke krav til helsekompetanse for ansatte ved barnevernsinstitusjon. Videre peker funnet, basert på utvalget i mappe- og intervjustudien, i retning av en altfor lav kapasitet i BUP, både når det gjelder akutt- og døgnplasser, og der barn og unge med institusjonsplassering i barnevernet trekker det korteste strået i konkurransen om sengeplass i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at barn og unge i barnevernsinstitusjoner gis et svært fragmentert, og i mange tilfeller manglende helsetilbud i en livsfase der de 1) er under offentlig omsorg eller der institusjonen utøver omsorgen i foreldrenes sted, 2) er svært syke og har et stort behov for helsehjelp, og 3) befinner seg i en bo- eller omsorgssituasjon de kanskje selv ikke ønsker å være i. Disse barna har et hjelpebehov som må utformes på en annen måte enn det hjelpetilbudet som tilbys barne- og ungdomsbefolkningen for øvrig, både når det gjelder spesialisthelsetjenesten *prioriteringer, tålmodighet* fra hjelpeapparatet og *tilrettelegging av stedet* der behandlingstilbudet gis. Når det gjelder barn og unge plassert i barnevernsinstitusjon støtter vi barnevernsinstitusjonsutvalgets forslag nummer 10 om helseteam knyttet til hver enkelt institusjon (NOU 2023: 24, s. 3334-335), og barnevernsinstitusjonsutvalgets forslag nummer 11 om at PHBU får plikt til å prioritere barn i barnevernsinstitusjoner (NOU 2023: 24, s. 335).

○ *Hva utgjør sentrale barrierer basert på strukturelle, økonomiske eller juridiske forhold?*

En strukturell barriere som flere forteller om er erfaringer med at barn og ungdom får avslag på behandling eller utredning hos BUP på grunn av uavklart omsorgssituasjon. Dette kan bli et langvarig problem for ungdommene som i flere år blir flyttet mellom ulike tiltak. Og samtidig er det disse ungdommene som kanskje har de største vanskene, og størst behov for helsehjelp. Som det blir beskrevet i Helsetilsynets rapport om barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner som har mistet livet (2023), er det fare for at ungdommene som har store vansker og flytter mye ikke får den nødvendige helsehjelpen de har behov for. Samtidig som flyttingene i seg selv er et problem og gir brudd i behandling, er det i tillegg et problem at man får avslag på bakgrunn av at man forventer en ny flytting.

Funn fra intervjuene viser at også økonomi i kommunene kan utgjøre en barriere for helsehjelp til barn og unge i barnevernet. Det kan oppstå diskusjoner på kommunalt nivå mellom barnevernstjenesten og helse- og omsorgstjenesten om hvilken del av kommunebudsjettet som skal belastes når det gjelder barn som både har behov for oppfølging som følge av sin helsetilstand og som er under omsorg av barnevernet. Informantene påpeker at slike diskusjoner oppleves belastende og at saken kan ende i en lang diskusjon med argumenter for og imot om barnet oppfyller vilkår for å motta tjenestene

Funn fra mappe- og intervjustudien viser at ulike forståelsesrammer mellom helsetjenestene og barnevern er en utfordring som gjør at det er vanskelig å finne frem til gode løsninger. Utfordringer med samarbeid mellom tjenester er kjent fra tidligere studier (Krane et al., 2017; Fossum et al., 2015). Informantene påpeker at godt samarbeid mellom barnevernet og særlig BUP er viktig. Informantene legger vekt på at dersom man samarbeider og kommuniserer godt på tvers av helsetjenestene og barnevern, kan dette bidra til at man får bedre kunnskap om hverandres roller, ansvar, og hvilke muligheter den andre sektoren eller tjenestene har. Samarbeidsavtaler løftes frem som nyttige, samtidig må slike avtaler være

tilgjengelige for de barnevernsansatte som jobber tett med barn og unge, og utformet på en slik måte at de åpner for aktiv bruk. Med dette mener vi at samarbeidsavtalene bør ha et innhold som ikke bare beskriver samarbeidsrelasjonen på et overordnet nivå, men også hvordan samarbeidet skal operasjonaliseres i det daglige arbeidet. Basert på disse funnene støtter vi barnevernsinstitusjonsutvalgets forslag nummer 1 om felles faglige føringer for helsetjenestene og barnevernet (NOU 2023: 24, s 333). Vi foreslår samtidig at slike faglige føringer ikke bare skal gjelde de mest alvorlige sakene knyttet til tilbakevendende spiseforstyrrelser og suicidalitet, men også saker der barn i barnevernet har et generelt behov for helsehjelp. Funn fra mappe- og intervjustudien viser at barrierer for helsehjelp til barn i barnevernet knyttet til samarbeids- og samhandlingsproblemer mellom ulike instanser og tjenestenivåer oppstår langt tidligere i barnevernsforløpet enn i det øyeblikket de største og mest alvorlige vanskene og symptomene kommer til syne hos barnet.

Videre viser funn fra både mappe- og intervjustudien gode erfaringer med veiledning fra ambulante team/psykisk helsetjenester for å øke kompetansen hos institusjonsansatte rundt psykiske vansker og lidelser. Ådnanes et al. (2023) fant at det eksisterer store variasjoner mellom de ulike BUP'ene når det gjelder omfanget av det ambulante tjenestetilbudet, og at dette henger sammen med både ledelse og kultur ved de ulike BUPene. Våre funn viser at det er stor etterspørsel etter ambulante tjenester, og at institusjonene som mottar hjelp fra ambulante tjenester beskriver at tilbudet har svært høy nytte i institusjonens daglige arbeid med barn og ungdom de har plassert. Vi vil derfor understreke behovet for, og betydningen av tydelige føringer og lovpålagte ansvar og samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet. Vi mener det ikke lenger kan være opp til hver enkelt BUP hvordan en ønsker å prioritere barn i barnevernet, hvordan en ønsker å gjennomføre behandlingstilbudet til denne gruppen barn, og i hvilken utstrekning en selv ønsker å drive ambulant virksomhet ut mot de barna og unge som befinner seg i de mest sårbare situasjonene.

Til slutt vil vi løfte en problemstilling vi finner gjennomgående i barnevernsmappene der barn og unge er i ferd med, eller har utviklet alvorlig problematikk knyttet til psykisk helse. Fra vårt perspektiv finner vi at helsehjelpen barnet har behov for kommer i gang for sent. Dette kan se ut til å ha utspring i særlig to faktorer: 1) Omsorgssystemet rundt barnet, inkludert barnevernsansatte, ser ut til å identifisere barnets helseproblematikk for sent, og 2) når helseproblematikken er identifisert ser det ut til at tiltakene og helsehjelpen som tilbys og iverksettes ikke er "sterke" nok. Barnevernslovgivningen bygger blant annet på "minste inngreps prinsipp" som betyr at man alltid skal vurdere, eller forsøke, de mildeste inngrepene og tiltakene først. I mappegjennomgangen har vi identifisert at både barnevern og helsetjenester i svært høy grad jobber etter minste inngreps prinsipp, også i saker der barnet eller ungdommen har utviklet alvorlig helseproblematikk. Dette ser ut til å resultere i at både barnevern og helsetjenester "løper etter" barnet, og har store vanskeligheter med å gi nødvendig hjelp og beskyttelse til rett tid, slik formålsparagrafen i lov om barnevern (§ 1-1) fastsetter. Paradokset som oppstår mellom tiltakenes for sene innslagspunkt og manglende styrke, og kravet i barnevernslovgivningens om nødvendig hjelp til rett tid, fordrer endringer på systemnivå når det gjelder barn og unge i barnevernet sine behov for, og rett til helsehjelp. Nasjonalt forløp for barnevern er et forsøk på å gi nødvendig helsehjelp i kombinasjon med barnevernstiltak. Pålegg om samarbeid og samordning med offentlige instanser og andre tjenesteytere for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud er hjemlet i barnevernsloven § 15-8. En forutsetning for å lykkes i dette arbeidet vil, uansett forløp og lovpålagte krav, være høyere kompetanse i barnevernet når det gjelder helse og helseproblematikk, både somatisk og psykisk.

11.3 Helsetjenestebruk blant barn og unge i barnevern, 2013-2020

- *Hvilken helsehjelp får barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og ungdomspopulasjon, hva karakteriserer helsetjenestebruken, og hvordan har utviklingen vært i perioden 2013-2019?*

I dette prosjektet tok vi mål av oss til å kunne studere det meste av helsetjenestebruk som barne- og ungdomspopulasjonen foretar seg – både de som har vært, og de som ikke har vært, i kontakt med barnevernet i løpet av studieperioden. For perioden 2013-2020 har vi hatt tilgang til data for hele barne- og ungdomspopulasjonen (0-23 år) på alle konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten (inkl. avtalespesialister), hos fastlege og på legevakt mv. – med detaljert informasjon om alt fra henvisende instans, ventetider og datoer for konsultasjonen til hvilken diagnose pasienten fikk og om det ble utøvd tvang i forbindelse med et døgnopphold. Det er ikke gjort så mange registerkoblinger med denne type data i Norge tidligere, og mange av forskningsspørsmålene som er besvart i registerdelen i denne rapporten, er undersøkt for første gang. Derfor er også deskriptive beskrivelser av disse dataene verdifulle. Det er gjennomført en rekke regresjonsanalyser med et høyt antall studiedeltakere inkludert (ettersom vi har hele barne- og ungdomspopulasjonen, og dermed hele pasientpopulasjonen i de respektive helsesektorer), som sier oss noe om hvordan barnevernspopulasjonen skiller seg fra den øvrige populasjonen på en rekke utfallsmål.

Vårt hovedanliggende har vært å studere helsetjenestebruk. Det finnes et liknende longitudinelt registerforskningsprosjekt hos Frisch-senteret som i større grad har fokusert på hvordan det går med barn i barnevernet og deres familier på andre områder i livet som utdanning og skoleresultater, kriminalitetstilknytning, arbeidsmarkedsutfall (herunder NEET-status), uføretrygd og sosialhjelp. I tillegg har prosjektet noe informasjon om fastlegebruk og konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge fram til 2016 (Drange et al., 2022). I sum gir de to prosjektene mye informasjon som kan benyttes som styringsinformasjon i utformingen av politikk på barne-, ungdoms- og familiefeltet. Våre registerdata skal fortsette å benyttes inn i evalueringen av nasjonalt forløp for barnevern (2024-2027), og denne rapporten utgjør i så måte en baseline for videre analyser av samme type problemstillinger – men med lengre tidsserie og mer data.

Innledningsvis i rapporten gav vi en gjennomgang av eksisterende litteratur om helsetjenestebruk relatert til barn i barnevernet. Vi viste til Kayed m.fl. (2015) som ved bruk av diagnostisk intervju fant at langt færre enn det man kunne forvente, gitt omfanget av psykiske lidelser i barnevernspopulasjonen, hadde vært i kontakt med BUP innenfor siste tre måneder. En kartlegging gjort av Sentio viste dessuten at avdelingsledere ved barnevernsinstitusjoner opplevde at barna i institusjon i for liten grad får dekket behovet for døgnbaserte tjenester i psykisk helsevern, selv om så mange som 40 prosent av barna benyttet BUP i stor eller svært stor grad. Dernest slo Drange et al. (2021) fast at barn med fosterhjemstiltak hadde omtrent samme nivå på besøk hos fastlege og i BUP som barn med andre tiltak i barnevernet, og at barn med akuttvedtak i barnevernet så ut til å ha mer helseproblemer enn andre barn i kontakt med barnevernet. Drange et al. fant også at unge som bodde på institusjon eller i botiltak, hadde langt flere besøk hos fastlege enn unge med andre tiltak, noe man også tolket i retning av at ungdommen på institusjon eller botiltak har behov for mer helsehjelp enn andre. Videre fant Larsen et al. (2018) at 57 % av barn i fosterhjem, ikke hadde kontakt med BUP, mens Nilsen m.fl. (2021) fant at ungdom i hjemmebaserte tiltak hadde vesentlig høyere symptomskåre på en rekke psykisk helsemål sammenlignet med ungdom i fosterhjem, og også høyest helsetjenestebruk. Myrvold et al (2020) understreker hvor viktig barnevernsarbeiderne er for å avdekke behov for helsehjelp, og at av barn som ble kartlagt hadde nesten 60 prosent helseproblematikk og helsetjenestebehov som man ikke hadde visst om fra tidligere (herunder tannhelseproblemer). Kun 8 prosent av barna hadde ikke noe behov for helsehjelp i denne studien (Haune et al. 2023). I andre studier har det kommet fram at barn i barnevernsinstitusjon har høyere legemiddelbruk enn andre (Bramness et al. 2018, Oerbeck et al. 2020 og 2021). Studien pekte likevel på at

medisinbruken kan tyde på at ungdommene i barnevernsinstitusjon ikke får tilstrekkelig psykologisk behandling i form av samtaleterapi.

Vår registerstudie sier ikke noe om hvorvidt behovet for helsetjenester er dekket, men et overordnet funn er at barn i kontakt med barnevernet gjengs over har høyere helsetjenesteforbruk enn sammenliknbare barn og unge i den øvrige populasjonen – særlig gjaldt dette psykiske helsetjenester. De har i snitt flere polikliniske konsultasjoner – og jenter hadde signifikant flere konsultasjoner enn gutter. Det ble færre konsultasjoner med økende alder og økende utdanning (for barnet). Antall konsultasjoner økte med foreldres utdanning i de offentlige poliklinikkene. Innvandrere hadde i gjennomsnitt færre konsultasjoner per år, sammenliknet med øvrig befolkning. Funnet som gjaldt kjønn og innvandrere var gjennomgående i alle sektorer. Analyser av multimorbiditet viste at barn i barnevern generelt har litt flere diagnoser enn den øvrige befolkningen.

Vi fant dessuten at barna i barnevernet, i større grad enn andre barn, henvises av andre instanser enn fastlegen (som er den mest hyppige henviseren). Dette handler sannsynligvis om at de er i kontakt med mange flere tjenester (herunder barnevernstjenesten) som er i posisjon til å få dem henvist til helsetjenestene. Det er også slik at barna i barnevernet re-henvises i større grad enn andre barn, og barn i institusjon hadde i gjennomsnitt ca. dobbelt så mange henvisninger som barn som ikke var i institusjon.

Videre fant vi at barnevernspopulasjonen i gjennomsnitt hadde kortere ventetider enn kontrollpopulasjonen vår med liknende barn som ikke hadde vært i kontakt med barnevernet. Tilsvarende resultat fant vi for barn i institusjon og i fosterhjem både når det gjaldt psykisk helsehjelp for barn og unge og psykisk helsehjelp for voksne. I TSB og somatikk var sammenhengene mindre tydelige. Kanskje noe overraskende viste våre analyser av tvangsbruk at barn i kontakt med barnevernet hadde i gjennomsnitt færre tvangshendelser i psykisk helsevern for barn og unge enn den øvrige pasientpopulasjonen. Det var imidlertid økt risiko for tvangshendelser knyttet til visse typer barnevernstiltak. Jenter hadde i gjennomsnitt høyere antall tvangshendelser enn gutter i materialet. Et eksempel på type tvang der det var store forskjeller mellom kjønnene er andelen som får tvungen ernæring – her var 97 % jenter. Det var mindre forskjell når det gjaldt for eksempel skjerming (63% jenter).

I perioden 2013-2020 fant vi at barn i kontakt med barnevernet generelt sett hadde flere konsultasjoner hos fastlege, legevakt og lab/røntgen-tjenester sammenlignet med den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen som mottok disse tjenestene. Mens forbruket av tannlegetjenester var noe lavere for de yngste barna i barnevernet, økte det på nivå med den totale populasjonen ved fylte 17-18 år. Regresjonsanalyser som sammenlignet barn i barnevernet med en matchet kontrollgruppe, bekreftet også at barn i barnevernet hadde betydelig høyere bruk av helsetjenester både når det gjaldt fastlege, legevakt, tannlege og lab/røntgen-tjenester. En studie av bruken av grunn- og hjelpestønad viste også at det er høyere andel av barn i barnevern som mottar grunn- og hjelpestønad sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette er nok en indikator på at helseutfordringene blant barn i barnevernet er store, til tross for kortere varighet av stønadene, spesielt for de i beredskapshjem. I framtidige analyser av materialet tar vi sikte på å undersøke hvordan selve barnevernstiltakene påvirker helsetjenestebruken til barna i barnevernet.

11.4 Oppsummering hovedfunn

Del 1 undersøker hvordan barn og unge, foreldre og fosterforeldre opplever behovet for, tilgangen til og erfaringer med helsehjelp til barn i barnevern. Behovet for helsehjelp knyttes i all hovedsak til psykisk helse. Mange opplever at de ikke får psykisk helsehjelp når det trenger det, eller at hjelpen er mangelfull. Dette til tross for at flere hjelpetjenester er involvert, noe som i seg selv fremstår som en utfordring fordi det ofte blir mange å forholde seg til, lett kan bli fragmentert og bidra til nye relasjonsbrudd. Foreldre, fosterforeldre og de unge ser på BUP som den viktigste tjenesten for psykisk helsehjelp, men kritiserer samtidig BUP for dårlig tilgjengelighet, lite fleksibilitet, for kort behandlingstid og for dårlig tilpasset

behandlingstilbud. Resultatene tyder på generelt lave forventninger til, eller kunnskap om, hva kommunale tjenester kan bidra med når det gjelder psykisk helsehjelp. I tråd med annen forskning knyttet god og nyttig psykisk helsehjelp til det å ha en stabil og trygg relasjon med en behandler som viser oppriktig interesse og tar den unge på alvor. Studien tyder på relativt lite medvirkning fra barn og unge i tilknytning til utredning og behandling, og at det først og fremst er rammene rundt medvirkning som kan oppleves som en barriere.

Del 2 med kombinert mappe- og intervjustudie i barnevernet og intervjuer i samarbeidende tjenester, bekrefter og tydeliggjør at tilbudet om psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernet er begrenset sett i forhold til hvor store vansker barna har. Studien viser at begrensningen både handler om et for snevert og lite fleksibelt tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge, BUP, og manglende kompetanse og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser i barnevernet. Videre at det handler om store utfordringer i samarbeidet mellom helsetjenestene og barnevernet, der det i stor grad ser ut til å fokuseres på grenser framfor muligheter, ofte knyttet til sektoroppdeling og budsjettansvar. Del 2 viser at det eksisterer barrierer for helsehjelp både på individ-, tjeneste- og systemnivå. Samtidig at det eksisterer faktorer på de samme nivåene som bidrar til helsehjelp. Den største barrieren for psykisk helsehjelp er et for dårlig tilpasset BUP, og samtidig altfor lav kapasitet når det gjelder sengeplasser i akutt- og døgnavdelinger der institusjonsplasserte barn og ungdom trekker det korteste strået i konkurransen om sengeplassene. Videre utgjør det at barnet selv takker nei til tilbud om helsehjelp en barriere. En annen og viktig barriere er manglende tilgang til informasjon om barnets helsetilbud digitalt for fosterforeldre og institusjonsansatte ettersom helseinformasjon via Helsenorge-appen ikke er tilgjengelig for fosterforeldre og institusjonsansatte som utøver daglig omsorg for barnet³². Faktorer som bidrar til helsehjelp er barn og unges kunnskap om egne helseutfordringer – helst gitt av helsepersonell, veiledning fra BUP til institusjonspersonell, og tilrettelegging slik at tilbud om helsehjelp gis der barnet befinner seg, for eksempel i barnevernsinstitusjon.

Del 3 benytter en omfattende registerdatakobling til å undersøke helsetjenestebruk hos barn og unge i barnevernet sammenlignet med øvrig barn- og unge-populasjon i perioden 2013-2020. Kapitlet oppsummerer flere viktige funn knyttet til helsetjenestebruk blant barn i kontakt med barnevernet sammenlignet med den generelle befolkningen. Når det gjelder henvisningsmønstre fant vi som forventet at fastlegen var den vanligste henvisende instansen til spesialisthelsetjenesten for både barn i barnevernet og andre barn og unge, men kontakt med barnevernet øker sannsynligheten for at barnet blir henvist fra andre instanser enn fastlegen. Barn i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem har spesielt høy sannsynlighet for å bli henvist fra andre tjenester enn fastlege. Dessuten har barn i barnevern flere henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge per år, og de har litt kortere ventetider enn den generelle populasjonen, spesielt innenfor psykisk helsevern. Videre fant vi at barn i barnevernet har flere polikliniske konsultasjoner enn den øvrige populasjonen. Barn i barnevernet har noe flere diagnoser enn sammenliknbare barn og unge i totalpopulasjonen, med varierende mønstre av diagnoser avhengig av type barnevernstiltak og kjønn. Ifølge våre beregninger opplever barn i barnevernet færre tvangshendelser i psykisk helsevern, men det er økt risiko knyttet til visse barnevernstiltak, og jenter får i større grad enn gutter tvangsvedtak. Barn i barnevernet hadde generelt sett flere konsultasjoner hos fastlegen, legevakt, og laboratorietjenester sammenlignet med andre barn. Det er en høyere andel av barn i barnevern som mottar grunn- og hjelpestønad sammenlignet med den generelle befolkningen, noe som indikerer større helseutfordringer blant disse barna. Funnene peker mot komplekse helsebehov blant barn i barnevernet, som både kan være relatert til deres sosioøkonomiske situasjon og helse. Videre forskning er nødvendig for å forstå de underliggende mekanismene, og optimalisere helsetjenestene og barnevernstjenestene for denne gruppen barn og unge.

³² Digital helseinformasjon via Helsenorge-appen er kun tilgjengelig for foresatte med foreldreansvar og samme registrerte bostedsadresse som barnet.

11.5 Anbefalinger

Med utgangspunkt i funnene i dette forskningsprosjektet har vi formulert konkrete anbefalinger for det videre arbeidet med å bedre tilbudet om helsehjelp til barn og unge i barnevernet.

11.5.1 Anbefalinger basert på brukerstudiene i del 1

- Det er først og fremst psykisk helsehjelp som etterlyses i brukerstudiene. Mange (både barn og unge, foreldre og fosterforeldre i studien) opplever at barnet eller ungdommen ikke får psykisk helsehjelp når de trenger det, og/eller at hjelpen ikke oppleves som tilstrekkelig. Særlig er mange er kritiske til behandlingstilbudet i BUP. Kritikken knyttes til systemfaktorer som tilgjengelighet, ventetid, mangel på fleksibilitet og for kort behandlingstid. Kritikken knyttes også til behandler eller til virkemidler og tiltak i behandlingen som ikke oppleves godt nok tilpasset problemene som ungdommen har. *Det anbefales tiltak i psykisk helsevern for barn og unge for en bedre tilpasning av tilbudet til målgruppen barn og unge i barnevern. Dette innebærer større grad av fleksibilitet i forhold til de spesifikke behov denne målgruppen har.*
- Mange får psykisk helsehjelp, men opplever at hjelpen er mangelfull. Mangel på stabilitet i behandlingstilbudet synes å utgjøre en sentral barriere, for eksempel på grunn av flere involverte tjenester, dårlig samhandling, utskiftninger av kontaktpersoner og behandlere og flyttinger (av barnet/ungdommen). *Det anbefales tiltak som kan bidra til større stabilitet. Det kan for eksempel dreie seg om tiltak for å bedre samhandling og kommunikasjon med involverte tjenester, større bevissthet knyttet til hvilket personell som involveres (for eksempel unngå behandler eller kontaktperson til barnet/ungdommen som planlegger å flytte, bytte jobb eller å gå ut i permisjon) og tiltak for å redusere flyttinger.*
- Forventningen både blant barn, unge, foreldre og fosterforeldre er at psykisk helsehjelp skal komme fra spesialisthelsetjenesten ved BUP, mens mange har lave forventninger til, og/eller lite kunnskap om hva kommunale tjenester kan bidra med. Samtidig viser studien en rekke eksempler på god og tilgjengelig psykisk helsehjelp i kommunen (som helsesykepleier i skolen, fastlege, kontaktperson tilknyttet barnevern eller skole, lavterskeltiltak etc.). *Det anbefales at rollene til tjenester og tiltak i det kommunale psykiske helsearbeidet tydeliggjøres og kommuniseres (overfor målgruppen, men også mellom tjenestene). Det bør også knyttes mer forskning til hvilken betydning denne type tiltak kan ha overfor målgruppen.*
- Trygg og nyttig psykisk helsehjelp, slik det oppleves av barn og unge, handler i stor grad om å stole på behandler og at behandler viser oppriktig interesse og forståelse. Studien viser flere eksempler på at god relasjon med behandler (behandlerrelasjon), og med sentrale hjelpere og kontaktpersoner, har stor betydning. *Anbefalingen er at både BUP og de kommunale tjenestene legger enda større vekt på kraften som fins i det relasjonelle overfor denne målgruppen, og bruker tid og krefter på hva som trengs hos det enkelte barn/ungdom for å skape en god relasjon.*
- Flere av delstudiene i rapporten tyder på behov for mer kunnskap om psykisk helse hos målgruppen, og om helsetjenester som kan bidra. Survey blant unge i barnevern tydet på dårligere psykisk helse kompetanse (mental health literacy) sammenlignet med publiserte tall i den generelle populasjonen av ungdom. Vi fant også at foreldre og fosterforeldre kan oppleve det som vanskelig å forstå hva som er barnets hjelpebehov. *På denne bakgrunn kan det være hensiktsmessig å utvikle tiltak med psykoedukasjon innen temaet psykisk helse. Slike tiltak kan være rettet både mot barn, ungdom og foreldre/fosterforeldre.*
- Brukerstudiene tyder på relativt lite medvirkning fra barn og unge i tilknytning til utredning og behandling, og at en barriere kan være rammene rundt (eksempelvis å delta i samarbeidsmøter

med mange fagpersoner). For å fremme medvirkning anbefales at dette skjer i en form der de unge får støtte og føler seg trygg. Her bør man finne ut, sammen med den unge, hva som er viktig for den enkelte å være med å diskutere, hvilke arenaer de skal delta på, og hva den unge eventuelt ikke ønsker å involveres i. Det vil være viktig å finne et passe nivå og form som passer for den enkelte.

11.5.2 Anbefalinger basert på mappe- og intervjustudien i barnevernstjeneste og samarbeidende tjenester

- I mappestudien finner vi at det i institusjonsmappene er dokumentert psykiatrisk behandling i samtlige mapper (n=15), og i tillegg i tre av hjelpetiltaksmappene (n=13) der institusjonsplassering har vært et tidlige tiltak. *Det bør forskes mer på denne gruppen av barn og unge for å undersøke utviklingstrekk i belastninger knyttet til psykisk og somatisk helse.*
- Funn fra mappe- og intervjustudien viser at det er mange barn og unge med psykiske vansker og lidelser i barnevernet, og man opplever at de har behov for mer oppfølging og behandlingstilbud enn det de får. Det er høy terskel for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten (BUP), mangel på tilbud i kommunene og få langvarige tilbud innen helsesektoren for denne gruppen. *Gapet mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge må tettes, og kommunale helsetjenester for barn og ungdom knyttet til psykisk helse og rus bør bygges ut.*
- Mange opplever tilbudet fra BUP som svært lite fleksibelt for barn og unge som er i barnevernet. Behandling som gjennomføres på et kontor i klinikk er ikke tilpasset for en del av barna og ungdommene i barnevernet, og fungerer i liten grad etter hensikten. Informantenes erfaringer tilsier at systemene må tilpasse seg barna, og ikke motsatt, dersom man skal få til å gi barn i barnevernet den helsehjelpen de har behov for. *Det er behov for mer fleksible tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og spesielt fra BUP. Dette innebærer at BUP som system bør tilpasse seg barnas behov for trygghet, og tilrettelegge for når, hvordan og hvor en møtes.*
- Barn i barnevernet risikerer å ikke bli utredet eller å ikke få behandlingstilbud fra BUP dersom BUP vurderer at barnet har manglende egenmotivasjon, eller BUP vurderer omsorgssituasjonen som uavklart. Dette til tross for at Helsedirektoratets prioriteringsveileder løfter fram denne gruppen barn og unge som ekstra sårbare, og anbefaler kortere ventetid for gruppen. *Det bør utarbeides føringer og retningslinjer for psykisk helsevern for barn og unge mellom barnevern og Helsedirektoratet som sikrer at avslags- eller avslutningsgrunnlag ikke baseres på grunnleggende utfordringer hos barn og unge i barnevernet.*
- Vi finner flere barrierer på individ- og systemnivå for at barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang på helsehjelp. Våre funn viser at psykisk helsevern for barn og unge har en gjennomgående tendens til å overlate ansvaret for barnets helse og helsehjelp til barnevernet, og da spesielt til barnevernsinstitusjonene dersom barnet er plassert ved institusjon. Barnets behov for akutt- eller døgnplass i spesialisthelsetjenesten ser ut til å bli nedprioritert fordi barnet allerede har et miljøterapeutisk tilbud i barnevernsinstitusjonen og at barna taper i konkurransen om sengeplasser hos BUP. *Det bør opprettes egne helseteam for alle barnevernsinstitusjoner, og som har spesifikke barnevernsinstitusjoner som sin målgruppe.*
- Jamfør bakgrunnen for de forrige anbefalingene, er det *behov for bedre tilgang til ambulant psykisk helsehjelp for barn i barnevernet, spesielt for barn under offentlig omsorg (i fosterhjem eller i barnevernsinstitusjon).* *Det bør legges til rette for at den ambulante helsehjelpen er fleksibel i måten den gir tilbudet på.*
- Informanter i barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene, samt fagpersoner i helse- og omsorgstjenestene, forteller om et utfordrende samarbeid og “ansvarsskyving” mellom helsetjenestene og barnevernet. Barnevernsansatte i både barnevernstjenestene og

barnevernsinstitusjonene står i dag med et ansvar for barn og unges psykiske helseutfordringer som de verken har kompetanse eller kapasitet til å dekke. *Psykisk helsevern for barn og unge bør pålegges et større ansvar for barn og unge i barnevernet – og antall behandlingssplasser i BUP akutt- og døgnpost bør økes.*

- Kunnskap om psykisk helse i barnevernstjenester og barnevernsinstitusjoner er for lav sett opp mot hvor mange av barna og ungdommene som har psykiske helseproblemer og psykiske lidelser. *Kompetansen knyttet til somatisk og psykisk helse må styrkes i barnevernet for å kunne identifisere behov for helsehjelp hos barna, og for å møte barna på en god måte. Denne kompetansehevingen bør starte allerede i utdanningsløpet for sosial- og helsearbeidere.*
- Fastlegemangelen gir utfordringer for barn som flytter til nytt bosted som er geografisk langt unna fastlegen, for eksempel til barnevernsinstitusjon eller fosterhjem. Noen barn og unge i barnevernet blir stående uten fastlege over tid. *Det er behov for bedre løsninger rundt fastlegeordningen for barn som flyttes ut av hjemmet til fosterhjem eller institusjon. Barn som flyttes ut av hjemmet bør få prioritert plass hos fastlege der nytt bosted ligger.*
- Det er for lite tilbud i kommunene for barn og unge innenfor psykisk helse og rus, tilbud knyttet til psykisk helsehjelp er for lite fleksible, og barn og ungdom i institusjon blir nedprioritert i vurderinger knyttet til innleggelse i sengepost (BUP). Dette fører til at barn og unge med store psykiske helseproblemer faller mellom flere stoler. *Det bør opprettes felles faglige føringer og samarbeidsordninger mellom helsetjenester i kommunen, spesialisthelsetjeneste og barnevern på et overordnet og forpliktende systemnivå.*
- Det oppstår et paradoks mellom et for sent innslagspunkt og manglende styrke i tiltak rettet mot barnas helseproblematikk, og kravet i barnevernslovgivningen om rett hjelp til rett tid. Dette fordrer endringer på systemnivå når det gjelder barn og unge i barnevernet sine behov for, og rett til helsehjelp. *Innføring av Nasjonalt forløp for barnevern bør følges tett opp av sentrale myndigheter med spesielt fokus på tidlig innsats og hvilken type helsehjelp barnet tilbys.*

12 Litteratur

- Andersson, H. W., Ose, S. O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnanes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. (SINTEF Rapport, Issue. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf
- Angel, B. Ø., & Blekesaune, M. (2014). *Flyttinger i barnevernet – risikofaktorer, erfaringer og forklaringer* (1504-9299). <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/196817/167e.pdf?sequence=1>
- Backe-Hansen, E., & Frønes, I. (2012). *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning*. Gyldendal akademisk.
- Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B., & Hvinden, B. (2014). Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5074/Barnevern-i-Norge-R9-14-nett.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, I. J., Ariansen, A. M. S., Knudsen, G. P., Johansen, K. I., & Vollset, S. E. (2020). The Norwegian Patient Registry and the Norwegian Registry for Primary Health Care: Research potential of two nationwide health-care registries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(1), 49-55. <https://doi.org/10.1177/1403494819859737>
- Bakken, I. J., Gunnarson Anderssen, E., & Johansen, K. I. (2021). Helsedata - Sammenstilt statistikk fra flere registre. *Tidsskr Nor Laegeforen*. <https://tidsskriftet.no/2021/10/kommentar/helsedata-sammenstilt-statistikk-fra-flere-registre>
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1377-1395.
- Barne- og familiedepartementet. (2023). *En barndom for livet. Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier* <https://www.regjeringen.no/contentassets/df568c8ea68f48d6b03f2cca6149cf77/no/pdfs/barn-i-fattige-familier.pdf>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2022a). *SLUTTRAPPORT FOR PROSJEKTET ETABLERING OG UTPRØVING AV TVERRFAGLIG HELSEKARTLEGGING AV BARN I BARNEVERNET*. https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/sluttrapport_for_prosjektet_etablering_og_utprøving_av_tverrfaglig_helsekartlegging_av_barn_i_barnevernet.pdf
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2022b). *Turnover blant ansatte i barnevernet – hvorfor slutter så mange? En nasjonal omfangsundersøkelse av årsaker og kjennetegn ved tjenester og institusjoner med høy turnover*. https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/turnover_blant_ansatte_i_barnevernet_hvorfor_slutter_sa_mange_en_nasjonal_omfangsundersokelse.pdf
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2023). *Tverrfaglig helsekartlegging*. <https://www.bufdir.no/prosjekter/tverrfaglig-helsekartlegging/>
- Barneombudet. (2020a). «De tror vi er shitkids». *Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon - 2020*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/De-tror-vi-er-shitkids.pdf>
- Barneombudet. (2020b). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf>
- Barneombudet. (2022). *Hvem skal jeg snakke med nå? Psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene*. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/hvem-skal-jeg-snakke-med-n%C3%A5>

- Bergsund, H. B., Wentzel-Larsen, T., & Jacobsen, H. (2020). Parenting stress in long-term foster carers: A longitudinal study. *Child & Family Social Work, 25*, 53-62. <https://doi.org/10.1111/cfs.12713>
- Beyrer, S., & Dyrhaug, T. (2021a). Barn som bur i fosterheim utanom familie, flyttar meir. *Artikler om barnevern*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern/artikler/barn-som-bor-i-fosterheim-utanom-familie-flyttar-meir>
- Beyrer, S., & Dyrhaug, T. (2021b). *Forløp i barnevernsdata 2013-2019*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/449082?ts=178401a8880>
- Bjønness, S. E., & Storm, M. (2021). En kvalitativ studie om hvorfor ungdom møter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 18*(4), 320-330. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-04-02>
- Bjørngaard, J. H., Wessel Andersson, H., Osborg Ose, S., & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services: impact of the service unit level. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43*(8), 635-641. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0347-8>
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health, 17*(1), 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bowling, A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health, 59*(5), 342-345. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.021204>
- Braciszewski, J. M., & Stout, R. L. (2012). Substance use among current and former foster youth: A systematic review. *Children and Youth Services Review, 34*(12), 2337-2344. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.011>
- Bradbury-Jones, C., Isham, L., Morris, A. J., & Taylor, J. (2021). The “Neglected” Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(2), 265-276. <https://doi.org/10.1177/1524838019841598>
- Bramness, J. G., Westby, L. C. L., Hjellvik, V., Fauske, H., & Lien, L. (2018). *Legemidler og deres håndtering i barnverninstusjoner*. <https://rop.no/contentassets/b3c00703044849c5a8ae0ef676b3cb42/rapport-til-bufdir-om-legemiddelbruk-i-barnevernet-fra-nrop-nov-2018.pdf>
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. *Medicine, 95*(7), 1-17. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000002622>
- Bufdir. (2021). *Helseansvarleg i barnevernsinstusjon og omsorgssenter for einslege mindreårige asylsøkjjarar – retningslinjer*. Retrieved 23. februar 2024 from https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/helseansvarlig_i_barneverninstusjon_og_omsorgssenter_for_enslige_mindrearige_asylsokere_retningslinjer/
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(4), 828-843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>
- Curry, A. (2019). “If you can't be with this client for some years, don't do it”: Exploring the emotional and relational effects of turnover on youth in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 99*, 374-385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.026>
- Detlaff, A., & Washburn, M. (2018). Outcomes of sexual minority youth in child welfare: Prevalence, risk, and outcomes. *Houston, TX: University of Houston, Graduate School of Social Work*.
- Drange, N., Hernæs, Ø. M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O., & Slettebø, T. (2021). *Rapport Delprosjekt 1: Beskrivende analyser–Barn og familier i barnevernet*. https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp21_04.pdf
- Drange, N., Hernæs, Ø. M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O., & Slettebø, T. (2022). *Barn, unge og familier i barnevernet–En longitudinell registerstudie. Delprosjekt 2: Hvordan går det med barna?* https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp22_02.pdf

- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.
- Edalati, H., & Conrod, P. J. (2017). A Review to Identify Gaps in Research and Service Delivery for Substance Use Prevention among At-risk Adolescents Involved in Child Welfare System: The Promises of Targeted Interventions. *International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)*, 5(1), 20-39. <https://www.ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/215>
- Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 255-264. <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>
- Fauske, H., Lichtwarck, W., Bennin, C., & Buer, B. (2016). Tverrfaglig samarbeid i barnevernets beslutningsprosess. I Ø. Christiansen & BH Kojan (red.), *Beslutninger i barnevernet*, 178-194.
- 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*, 92(4), 282-297. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2015-04-04>
- Fylkesnes, M. K., Iversen, A. C., Bjørknes, R., & Nygren, L. (2015). Frykten for barnevernet - En undersøkelse av etniske minoritetsforeldres oppfatninger. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 92(2), 81-96. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2015-02-02>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2016). Child maltreatment and quality of life: A study of adolescents in residential care [Article]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), Article 74. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0479-6>
- Gulbrandsen, L. M., Seim, S., & Ulvik, O. S. (2012). Barns rett til deltakelse i barnevernet: Samspill og meningsarbeid. *Sosiologi i dag*, 3-4(42), 54-78.
- 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(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-113>
- Hafstad, G. S. (2021). *Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt*.
- Hall, C., & Slembrouck, S. (2001). Parent participation in social work meetings - the case of child protection conferences. *European Journal of Social Work*, 4(2), 143-160. <https://doi.org/10.1080/714052864>
- Halvorsen, T., & Anthun, K. S. (2021). Kjennetegn ved barna og familiene. In B. H. Kojan & A. S. Storhaug (Eds.), *Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet-sammenhenger, forståelser og ansvar*. NTNU, Institutt for sosialt arbeid. https://www.ntnu.no/documents/1272526675/1281525946/101471_ntnu_Barnevernsrapport_dig_pdf/89919b9f-da71-13e1-cdaa-48e6cd2a01de?t=163655183918
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for barn og unge*. (Fafo-rapport, Issue. <https://kudos.dfo.no/documents/17851/files/17947.pdf>
- Haune, M., Nissen, A., Christiansen, Ø., Myrvold, T. M., Ruud, T., & Heiervang, E. R. (2023). Comprehensive Health Assessment for Children in Out-of-Home Care: An Exploratory Study of Service Needs and Mental Health in a Norwegian Population. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01619-5>
- Havik, T., Jacobsen, H., & Lehmann, S. (2016). Gruppeveiledning for nye fosterforeldre: En evaluering, på vei mot en kunnskapsbasert praksis [Group support for new foster parents]. *Oslo: Center for Child and Adolescent Mental Health*.
- Helsedirektoratet. (2019). *Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>



- Helsedirektoratet. (2023a). *Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/barnevernansvarlig-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/bakgrunn-og-metode>
- Helsedirektoratet. (2023b, 23. oktober 2023). *FACT ung-team*. Helsedirektoratet. Retrieved 2. desember 2023 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team#factungteam>
- Helsedirektoratet. (2023c). *Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer [nettdokument]*. Retrieved 12. februar 2024 from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge/koordinering-mellom-kommune-og-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/kommunen-og-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-phbu-bor-etablere-lokale-samarbeidsmodeller-for-henvisning-av-barn-og-unge-med-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
- Helsedirektoratet. (2023d). *Nasjonale veileder for psykisk helsearbeid barn og unge*. Helsedirektoratet. Retrieved 29. februar 2024 from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2023). *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern>
- Helsedirektoratet og Bufdir. (2016). *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00003682>
- Helsetilsynet. (2012). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern - undersøkelse og evaluering (Vol. 2)*. Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2019). *Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernssaker*.
- Helsetilsynet. (2023). *Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet. Rapport fra Helsetilsynet*. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2023/barneverns-rapport-til-bfd-med-vedlegg-2023.pdf>
- Heradstveit, O., Gjertsen, N., Iversen, A. C., Aasen Nilssen, S., Gärtner Askeland, K., Christiansen, Ø., & Hysing, M. (2020). Substance-related problems among adolescents in child welfare services: A comparison between individuals receiving in-home services and those in foster care. *Children and Youth Services Review*, 118, 105344. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105344>
- Indergård, P. J., & Krogh, F. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019 (IS-2892, Issue)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/>
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., Hysing, M., & Stormark, K. M. (2007). Mental Health Problems among Child Welfare Clients Living at Home. *Child Care in Practice*, 13(4), 387-399. <https://doi.org/10.1080/13575270701488790>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177, 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Ranøyen, I., Greger, H. K., Wallander, J. L., & Wichstrøm, L. (2017). Quality of life among adolescents living in residential youth care: do domain-specific self-esteem and psychopathology contribute? [Article]. *Quality of Life Research*, 26(10), 2619-2631. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1603-8>
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care [Article]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*.

- Keller, T. E., Salazar, A. M., & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 626-634.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.12.010>
- Killén, K. (2004). *Sveket : omsorgssvikt er alles ansvar* (3 ed.). Kommuneforlaget.
- Kojar, B. H., & Storhaug, A. S. (2021). *Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet-sammenhenger, forståelser og ansvar* (Rapportserie for sosialt arbeid, Issue).
<https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Barnevern-og-sosiookonomisk-ulikhet.pdf>
- Krane, L., Makarova, A., & Brøndbo, P. H. (2017). *Kunnskapssammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge*.
https://www2.bufdir.no/globalassets/global/kunnskapssammenstilling_om_faktorer_som_pavirke_r_samhandling_mellom_velferdssektorene.pdf
- Krane, V., Kaasbøll, J., Kaspersen, S. L., & Ådnanes, M. (2023). 'It's not like real therapy': young people receiving child welfare services' experiences of video consultations in mental healthcare in Norway: a mixed methods approach. *BMC Health Services Research*, 23(1), 949.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09939-x>
- Kristofersen, L. B. (2005). *Barnevernbarnas helse*. Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning.
- Kristofersen, L. B. (2017). *Sosial ulikhet og tilknytning til barnevernet* (Oppvekstrapporten 2017, Issue).
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kaasbøll, J., Pedersen, S. A., & Paulsen, V. (2022). What is known about the LGBTQ perspective in child welfare services: A scoping review. *Child & Family Social Work*, 27(2), 358-369.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.12894>
- Kaasbøll, J., Ådnanes, M., Paulsen, V., & Melby, L. (2022). Interagency collaboration for early identification and follow-up of mental health problems in residential youth care: evaluation of a collaboration model. *Nordic Social Work Research*, 12(4), 592-607.
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1833964>
- Kaasbøll, J., & Aanonli, A. K. (2016). *Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner* (978-82-14-05997-7).
- Langballe, Å., Gamst, K. T., & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen : barneperspektiv på barnevernarbeid : kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (Vol. 2/2010). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/den-vanskelige-samtalen-barneperspektiv-pa-barnevernarbeid-kunnskapsbasert-praksis-og-handlingskompetanse/>
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Breivik, K., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2020). Foster parents' experiences of using child mental health and welfare services in Norway: Associations with youth, placement, and service characteristics [Article]. *Child and Family Social Work*, 25(4), 884-894.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12773>
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2018a). Services according to mental health needs for youth in foster care? - A multi-informant study [Article]. *BMC Health Services Research*, 18(1), Article 634. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2018b). Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care? A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>
- Larsen, M., Goemans, A., Baste, V., Wilderjans, T. F., & Lehmann, S. (2021). Predictors of quality of life among youths in foster care-a 5-year prospective follow-up study. *Quality of Life Research*, 30(2), 543-554. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02641-z>

- Lassemo, E., Anthun, K. S., das Nair, R., Sand, K., & Ådnanes, M. (2022). *Når barnevernet overtar omsorgen—en forenklet kunnskapsoppsummering* (8214079179). (SINTEF, Issue. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/3035463>
- Lehmann, S., Breivik, K., Monette, S., & Minnis, H. (2020). Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms [Article]. *Child Abuse and Neglect*, 101, Article 104374. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104374>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors [Article]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), Article 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (2020). Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment*, 27(4), 749-765. <https://doi.org/10.1177/1073191118797422>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lydersen, S. (2021). Adjustment of p-values for multiple hypotheses. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 141. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0357> (Justering av p-verdier ved multiple hypoteser.)
- Magalhães, E., & Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *A dual-factor model of mental health and social support: evidence with adolescents in residential care*, 442-449.
- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv del 2: Barn og Unge*.
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S. I., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp. Sluttrapport* (8253616651). <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2671744>
- Mellblom, A. V., Engell, T., Bergseth, J., Bårdstu Kvam, S., & Helland Saugestad, S. (2021). *Ungdommens stillas: En kartlegging og beskrivelse av tjenesten Stillasbyggerne samt ungdommers og samarbeidspartneres erfaringer*.
- Midjo, T. (2010). *En studie av samhandlingen mellom foreldre og barnevernarbeidere i barnevernets undersøkelse* Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet]. Trondheim.
- Munson, M. R., Katz, C. C., Okpych, N. J., & Courtney, M. E. (2020). Mental Health Management Among Older Youth in Foster Care: Service Utilization and Preparedness. *J Adolesc Health*, 67(2), 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.017>
- Myrvold, T. M., Christiansen, Ø., Monica, C. H., Sarfi, M., & Heiervang, E. R. (2020). *Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse-og omsorgsbehov*.
- Napha. (2023a). *FACT Ung*. Napha. Retrieved 2. desember 2023 from <https://napha.no/tema/factung>
- Napha. (2023b, 4. juli 2023). *FACT ung: – Barnevernet er en av våre viktigste samarbeidspartnere*. Napha. Retrieved 4. desember 2023 from <https://napha.no/content/26386/fact-ung:--barnevernet-er-en-av-vare-viktigste-samarbeidspartnere>
- Nilsen, S. A., Askeland, K. G., Loro, D. P. J., Iversen, A. C., Havnen, K. J. S., Bøe, T., & Heradstveit, O. (2021). Mental health, adverse life events and health service use among Norwegian youth in the child welfare system: Results from a population-based study [Article]. *Child and Family Social Work*, 26(4), 601-616. <https://doi.org/10.1111/cfs.12842>
- Nilsen, S. A., Askeland, K. G., Loro, D. P. J., Iversen, A. C., Havnen, K. J. S., Bøe, T., & Heradstveit, O. (2021). Mental health, adverse life events and health service use among Norwegian youth in the child welfare system: Results from a population-based study. *Child & Family Social Work*, 26(4), 601-616. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.12842>
- Nord-Baade, S. (2022). *FACT Ung Modellbeskrivelse*. <https://rop.no/contentassets/522ce7943d444af98abff76a62461771/modellbeskrivelse-fact-ung-2022.pdf>

- Nord-Baade, S., Johansen, M., Kilen Stuen, H., Bergsve Jensen, C., & Landheim, A. (2022). *EVALUERING AV FACT UNG-PILOTEN. Sluttrapport*. https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/fact-ung_sluttrapport_2022.pdf
- NOU. (2009:22). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*.
- NOU:12. (2017). *Svikt og svik–Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet Oslo
- NOU:24. (2023). *Med barnet hele vegen. Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*. Oslo: Barne- og familiedepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/3448ea4c535f4d20bbbb1ef4e05fc994/no/pdfs/nou202320230024000dddpdfs.pdf>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Hjellvik, V., Bramness, J. G., Hansen, B. H., & Lien, L. (2020). The Use of Sleep Medication in Youth Residential Care [Article]. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(5), 335-341. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0172>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Hjellvik, V., Lien, L., & Bramness, J. G. (2021). The Use of Antidepressants, Antipsychotics, and Stimulants in Youth Residential Care [Article]. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 31(5), 350-357. <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0123>
- Olesen, E. (2020). Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 24-36.
- Ormstad, S. S., Hestevik, C. H., Munthe-Kaas, H. M., Blaasvær, N., Muller, A. E., & Berg, R. (2020). *Barn og unges medvirkning i barnevernet: en systematisk kartleggingsoversikt* (8284061163). https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2721156/Ormstad-2020-Barn_og_unges.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Osborg Ose, S., & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, Issue. <https://hdl.handle.net/11250/2719172>
- Oslo Economics. (2022). *Samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Kartlegging og evaluering av utvalgte samordningsmodeller*. (OE-rapport, Issue. https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/03/samordning_av_tjenester_til_barn_-_i_barnevernet_som_bor_utenfor_hjemmet_kartlegging_og_evaluering_av_utvalgte_samordningsmodeller.pdf
- Paulsen, V. (2016). Ungdommers erfaringer med medvirkning i barnevernet. *Fontene Forskning*, 1, 4.
- Paulsen, V. (2017). *Overgang til voksenlivet for ungdom i barnevernet* NTNU, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet].
- Paulsen, V., Svendsen, S., Tøndel, G., Kaasbøll, J., Ådnes, M., Thaulow, K., & Midtgård, T. M. (2020). Skeive barn og unge i barnevernet. En studie av barnevernets praksis og tilnærminger. <https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Skeive-barne-og-unge-i-barnevernet-WEB.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.015>
- Prop. 73 L (2016-2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)*. Barne-, og likestillingsdepartementet
- Rayner, S., Thielking, M., & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330-340. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12206>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>



- Ruud, T., & Weimand, B. (2018). Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. *Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved barneverninstitusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge*. Akershus universitetssykehus.
- Rødseth, E., & Bønes, E. (2018). *Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon*.
https://bibliotek.bufo.no/BUF/101/Bruk_av_digitale_verktoy_for_psykisk_helsehjelp_til_barn_i_barneverninstitusjon.pdf
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.
- Sarfi, M., Eikemo, M., Welle-Strand, G. K., Muller, A. E., & Lehmann, S. (2022). Mental health and use of health care services in opioid-exposed school-aged children compared to foster children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(3), 495-509. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01728-3>
- Sentio. (2022). *Helsetilbud til barn og unge i institusjon*.
- Singstad, M. T., Wallander, J. L., Greger, H. K., Lydersen, S., & Kayed, N. S. (2021). Perceived social support and quality of life among adolescents in residential youth care: a cross-sectional study [Article]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), Article 29. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01676-1>
- Singstad, M. T., Wallander, J. L., Lydersen, S., Wichstrøm, L., & Kayed, N. S. (2020). Perceived social support among adolescents in Residential Youth Care [Article]. *Child and Family Social Work*, 25(2), 384-393. <https://doi.org/10.1111/cfs.12694>
- Skoog, V., Khoo, E., & Nygren, L. (2014). Disconnection and Dislocation: Relationships and Belonging in Unstable Foster and Institutional Care. *The British Journal of Social Work*, 45(6), 1888-1904. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu033>
- Stang, E. G., Aamodt, H. A., Sverdrup, S., Kristofersen, L. B., & Winsvold, A. (2013). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt* (8278944601). (3/2013, Issue.
- Statsforvaltaren i Vestland. (2023). "Der Ungdommen Er" - DUE. Statsforvaltaren i Vestland,. Retrieved 4. desember 2023 from <https://www.statsforvalteren.no/vestland/folk-og-samfunn/bustadsosialt-arbeid/der-ungdommen-er---due/>
- Stillasbyggerne. (2023). *Stillasbyggerne*. Akershus Universitetssykehus. Retrieved 4. desember 2023 from <https://www.stillasbyggerne.no/>
- Storhaug, A. S., & Ulfseth, L. A. (2018). Foreldres forståelse av barnas psykiske problemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(3), 241-256. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-03-04>
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364-367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Thoresen, S., O'Brien, P., O'Donovan, M.-A., Walter, B., Mueller, A., Westermann, G., Whittle, E., & Buchanan, A. (2022). *Accommodating adults with intellectual disabilities and high support needs in Individual Supported Living arrangements*. AHURI Final Report no. 380.
- Timonen-Kallio, E. (2019). Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: a cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work*, 22(6), 947-960. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Ulset, G., Fossum, S., Storhaug, A. S., Kaasbøll, J., & Reedtz, C. (2023). *Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge*. *Evaluering*. (Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Issue. https://sintef.sharepoint.com/teams/work-13207/Delte%20Dokumenter/Litteratur/Barnevernansvarlig%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%2036555889_1_1.pdf

- Ulset, G., Thoresen, S. H., Thaulow, K., Melby, L., Bruteig, R., & Paulsen, V. (2023). *Barn og unges medvirkning i spesialiserte hjelpetiltak*.
- Viblemo, T., & Meltevik, S. (2017). *Kvalitetsundersøkelse blant barn som har vært i kontakt med barneverntjenesten*. https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2017/12/Unders%C3%B8kelse_barnevern_bergen.pdf
- Vike, H. E., K. (2009). *Kulturanalyse, minoritetsperspektiv og psykososialt arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.01.005>
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., & Thomas, N. (2011). Participation and health—a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, 16(3), 325-335.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Westby, L. C. L. (2021). *Sårbare barnefamiliers erfaringer fra møter med norsk barnevern: en narrativ studie* [Høgskolen i Innlandet]. <https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/2729575/Digital%20versjon%20A4%20Westby%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Westbye, O. S., Lydersen, S., & Schei, J. (2022). Brukertilfredshet i BUP fra ungdom til voksen. <https://hdl.handle.net/11250/3068397>
- Wichstrøm, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 144.
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998*.
- Zewdu, A. M. (2011). Health-related benefits among children in the child welfare system: prevalence and determinants of basic and/or attendance benefits. *Norsk epidemiologi*, 20(1). <https://doi.org/10.5324/nje.v20i1.1297>
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus-brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. *SINTEF Rapport*. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Krane, V., & Kaasbøll, J. (2022). *Bruk av videokonferanse i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern*. https://www.sintef.no/contentassets/59be865b0aff4250a7923d610f41b9a3/rapport-videokonsultasjon_rev_jan22.pdf
- Ådnanes, M., Melby, L. K., Kaasbøll, J., & Kaspersen, S. L. (2023). *Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner* (8214079675). SINTEF Rapport. https://www.sintef.no/contentassets/fd440bec32614c06bcffd00af7320d56/rapport-ambulant-psyk-i-barnevern_ny-versjon_endelig-rapp_signed.pdf