

- Jeg skulle hatt BUP i en koffert

2020

En psykisk helsetjeneste tilpasset
barn og unges behov



- Jeg skulle hatt BUP i en koffert

Oktober 2020

En psykisk helsetjeneste tilpasset
barn og unges behov

Barneombudet

post@barneombudet.no
+47 22 99 39 50

ISBN 978-82-7987-211-5
ISBN 978-82-7987-212-2 (pdf)

Foto: Hinda Fahre
Illustrasjoner: Elliot Kruszynski

Forord

Psykiske plager og lidelser hos barn og unge er en av de største helseutfordringene vi har i Norge i dag. At et barn får en psykisk lidelse rammer ikke bare barnet, men også familien. Omkostningene for både familiene og samfunnet er store. Livene til barna blir satt på vent, og mange får problemer de tar med seg inn i voksenlivet. Tidlig, god og riktig hjelp har avgjørende betydning for barnas videre utvikling.

De siste tiårene har det kommet mange planer og tiltak med mål om å bedre den psykiske helsetjenesten til barn og unge, men vi er ikke i mål. Utfordringene har lenge vært godt kjent både i faglige og politiske miljø. Til tross for dette går de samme problemene igjen år etter år.

Et av mine satsingsområder som barneombud er å arbeide for at barn og unge skal få bedre psykisk helsehjelp. I denne rapporten har vi sett på utfordringer innen psykisk helsevern og har hentet inn erfaringer fra både de som får og skal gi hjelp i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Vår konklusjon er at dagens psykisk helsevern ikke er rigget godt nok for å oppfylle barns rett til best mulig helsehjelp. Skal vi klare det, må tjenestene på en helt annen måte enn i dag sette barns særskilte behov i sentrum.

Utfordringene vi finner dreier seg både om veien inn i BUP, om det som skjer mens barnet er i behandling og om veien ut av behandling.

Vi er bekymret for både lang ventetid og ulik praksis ved vurdering av henvisninger, manglende fleksibilitet i behandlingen for å tilpasse seg barns behov, kompetansen til de som skal

gi behandling til barn med komplekse lidelser, og ansvarsforholdet mellom BUP og kommunehelsetjenestene. Likeverdig helsehjelp på tvers av geografi er et viktig mål. At det i dag ikke er god oversikt over avslag på henvisninger og klager er uheldig, og gjør at myndighetene mangler et viktig styringsverktøy.

Det er behov for en bred gjennomgang av tilbudet til barn og unge med behov for hjelp for psykiske plager og lidelser hvor også forholdet mellom BUP og kommunale helsetjenester inngår. Etter barnekonvensjonens artikkel 3 er det myndighetenes ansvar å sørge for at barnets beste blir ivaretatt. FNs barnekomité har ved flere anledninger påpekt at det psykiske helsevernet for barn og unge i Norge er for dårlig utviklet, og at det haster å treffe effektive tiltak. Vi mener myndighetene må tenke nytt, lytte til barn og unges erfaringer og ta innover seg at tjenestene må tilpasses barn og unges særskilte behov for fleksible tjenester.

Vi håper at funnene og anbefalingene i denne rapporten kan bidra til å ta oss et skritt nærmere det psykiske helsevernet vi ønsker for barn og unge.

Tusen takk til alle som bidratt i arbeidet med rapporten. Spesielt takk til ungdommene, foreldrene, lederne og behandlerne og de andre fagpersonene som har delt sine erfaringer.


Inga Bejer Engh
Barneombud

«Vår konklusjon er at dagens psykisk helsevern ikke er rigget godt nok for å oppfylle barns rett til best mulig helsehjelp.»



Foto: Alexandra Gjerlaugsen

Innholdsfortegnelse

4	Forord
8	Sammendrag
16	1. Innledning
18	Målet med rapporten
18	Historikk
19	Barn og unges rettigheter i psykisk helsevern
24	Metode
26	2. Ungdom forteller
28	Tilgjengelige og tilpassede tjenester
31	Ungdommens opplevelse av selve behandlingen
33	Informasjon, støtte og råd
36	3. Foreldre forteller
37	Tilgjengelige tjenester
38	Tilpassede tjenester
39	Foreldrenes opplevelse av involvering og medvirkning

41	4. Ledere og behandlere forteller
42	Tilgjengelige tjenester
44	Tilpassede tjenester
45	Opplevd faglig kvalitet
47	5. Praksis ved vurdering av henvisninger og behandling av klager
50	6. utfordringer og anbefalinger
51	Tilgjengelige tjenester
54	Et tilbud tilpasset barn og unges behov
60	Forholdet mellom BUP og kommunal helsetjeneste
62	Referanser

Sammendrag



I denne rapporten har vi undersøkt om ungdom som har behov for hjelp fra psykisk helsevern, får god og tilpasset hjelp når de trenger det. I tillegg har vi undersøkt hva ledere og behandlere i BUP ser på som hovedutfordringer i dagens psykiske helsevern for barn og unge. Vi har også undersøkt praksis ved vurderinger av henvisninger, antall avslag på behandling og klager på avslag. Dette har gitt oss viktig informasjon for å vurdere hvordan barn og unges rettigheter blir ivaretatt. Vi har intervjuet ungdom, foreldre, behandlere og ledere i BUP, samt innhentet skriftlig dokumentasjon fra helseforetak og fylkesmenn og gjennomgått relevante tilsynsrapporter og revisjoner.

Flertallet av de ungdommene og foreldrene vi har møtt, opplever mange utfordringer i sitt møte med BUP. Mange av de samme utfordringene er også godt beskrevet i kunnskapsopsummeringer, tilsyn og revisjoner de siste tiårene. Barneombudet ser alvorlig på at tidligere funn ikke er tilstrekkelig fulgt opp, og at vi finner mange av de samme utfordringene i 2020. I rapporten peker vi på områder vi mener det er viktig å ivareta, og kommer med konkrete anbefalinger for å bidra til en psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov.

Tilgjengelige tjenester

Ulik praksis ved vurderinger av henvisninger

Det er leder i BUP som vurderer henvisninger til psykisk helsevern. Helsedirektoratet anbefaler at det er en psykologspesialist eller psykiater med i vurderingen for å ivareta krav om forsvarlighet. I dette prosjektet fant vi at det ikke alltid er tilfelle. Dette kan virke direkte inn på i hvilken grad barns rett til helsehjelp blir ivaretatt, siden dette kan medføre en risiko for at ikke alle forhold ved barnets helsetilstand blir tilstrekkelig vektlagt. I

tillegg fant vi at det var stor variasjon i BUPs praksis ved vurdering av henvisninger.

Noen BUP-er hadde alltid vurderingsmøter med barn, foreldre, henviser og andre i kommunen med relevant informasjon om barnet. Andre hadde rutiner for å innhente informasjon ved uklare eller mangelfulle henvisninger, mens andre igjen avslo uklare henvisninger direkte. God saksbehandlingspraksis tilsier at BUP skal innhente nødvendig informasjon for å kunne gjøre gode vurderinger av barns rett til helsehjelp.

Våre funn tyder imidlertid på at dette ivaretas i svært ulik grad. Dette fører til at ventetiden for mange barn blir unødig lang ved re-henvisning eller klage. I verste fall kan barn og unge bli stående uten hjelp. Slik vi vurderer det, har barn og unge i Norge i dag dermed ikke likeverdig tilgang til hjelp. Ulik saksbehandlingspraksis ved vurdering av henvisninger har betydning for i hvilken grad barn og unges rett til helsehjelp blir ivaretatt.



Anbefalinger:

- Helse- og omsorgsdepartementet bør sikre gjennom lov eller forskrift at henvisninger blir vurdert av ledere i BUP med spesialistkompetanse.
- Helsedirektoratet må sikre forsvarlige rutiner som bidrar til lik saksbehandlingspraksis ved vurderinger av henvisninger, slik at BUP innhenter nødvendig informasjon før det fattes vedtak.

Manglende systematisk oversikt over antall avslag på behandling, klager på avslag og omgjøringsprosent

Helseforetakene og fylkesmannsembetene kunne i liten grad fremskaffe systematisk informasjon om antall avslag på behandling, antall klager på avslag og hvor mange klager som fikk medhold. Vi kan dermed ikke si noe om det totale antallet som blir avvist i BUP og klager på dette. Det ser ut til at selv om slike saker er registrert, mangler foretakene og fylkesmennene arkivtekniske muligheter til å hente ut systematisk informasjon. Barneombudet synes dette er problematisk, fordi det gjør det vanskelig for tilsynsmyndigheter og overvåkingsorganer å innhente informasjon for å vurdere i hvilken grad barn og unge får sine rettigheter oppfylt. Det er et overordnet mål at barn skal ha likeverdig og forutsigbar helsehjelp på tvers av geografi. Vi mener også at informasjon om antall henvisninger som blir avslått, antall klager på avslag og omgjøringsprosent er viktig informasjon for myndighetene for å kunne vurdere hvordan prioriteringsforskriften blir fulgt innad i og på tvers av helseforetakene. Dette vil kunne gi grunnlag for å sette inn korrigerende tiltak der det har oppstått uønsket variasjon i BUPs praksis. Barneombudet savner nasjonale føringer for hvordan helseforetakene og fylkesmannsembetene skal føre en slik systematisk oversikt.

Av det begrensede materialet vi fikk, kunne vi imidlertid se at en relativt stor andel av klagene fikk medhold. Høy omgjøringsprosent kan være en indikasjon på at sakene er for dårlig opplyst før det fattes vedtak om avslag. En stor andel av begrunnelsene for avslag handlet om at henvisningene på et eller annet vis manglet nødvendig informasjon.



Anbefaling:

Helsedirektoratet må sikre regional og nasjonal oversikt over antall avslag på henvisninger, antall klager på avslag og omgjøringsprosent.

Mangelfull informasjon om rettigheter

Barn, ungdom og foreldre har rett til å klage dersom de opplever brudd på rettigheter de har etter pasient- og brukerrettighetsloven. For å kunne benytte seg av retten til å klage er det en forutsetning at de har mottatt god og tilpasset informasjon om sine rettigheter generelt, men også om retten til å klage. I dette prosjektet fant vi at informasjonen barn, unge og foreldre mottar, i svært liten grad er egnet til å informere barn og foreldre om rettigheter. Vi fant også at BUP stod uten mulighet til å tilpasse informasjonen bedre, på grunn av helseforetakets tekniske løsninger, som ikke åpnet for endringer i brevmalen. Dette er problematisk og begrenser barn og unges reelle muligheter til å klage på brudd på rettigheter.



Anbefaling:

Helseforetakene må sørge for at informasjon om barn og unges rettigheter i psykisk helsevern er tilpasset målgruppen. Dette arbeidet må skje i samarbeid med barn og unge selv.

Manglende internkontroll

Barneombudet mener at internkontrollen med egen praksis i BUP ikke er god nok. Utover konsernrevisjonen av Akershus universitetssykehus i 2018 har vi ikke klart å finne revisjoner av ivaretagelsen av barn og unges rettigheter i psykisk helsevern ved helseforetak de senere årene. Internkontroll er et viktig virkemiddel for å sikre at rettigheter oppfylles. Barneombudet mener derfor det er behov for at flere helseforetak gjennomfører konsernrevisjoner av psykisk helsevern for barn og unge, og at de brukes til å sikre at barns rettigheter oppfylles bedre enn i dag.



Anbefaling:

Helseforetaket bør gjennomføre konsernrevisjoner med særskilt søkelys på ivaretagelsen av barn og unges rettigheter i psykisk helsevern. Avvik må følges nøye opp med konkrete tiltak og evalueringer.

Barn og unges behov for rask hjelp ikke godt nok ivaretatt

Regjeringens mål er at den gjennomsnittlige ventetiden innenfor psykisk helse for barn og unge skal være under 35 dager. Variasjonen i de ulike helseregionene er imidlertid stor, med over 50 dager enkelte steder. Den store variasjonen er problematisk og viser at det ikke er likeverdig tilgang til tjenester for barn og unge i Norge. I tillegg vet vi, ut fra det ungdommene og foreldrene har fortalt oss, at mange barn har hatt vansker i mange år før det kommer en henvisning til BUP. Barneombudet støtter målet om å redusere ventetiden for barn og unge. For et barn eller en ungdom som har vansker med å fungere i hverdagen og i skolen, er det svært belastende å sitte hjemme i over en måned uten tilgang til riktig oppfølging. Psykiske vansker kan forstyrre normale utviklingsoppgaver i for eksempel skolen, i relasjon til jevnaldrende og til familiemedlemmer. Dette gjør at barn og unge i større grad enn voksne har behov for rask hjelp for at deres rett til optimal utvikling skal ivaretas. Samtidig er vi bekymret for at krav om kortere ventetid kan gå på bekostning av kvaliteten i tjenesten til barn og unge. En konsekvens av kortere ventetid vil kunne være et krav til raskere pasientforløp, med mindre kapasiteten samtidig bygges opp. Barneombudet er opptatt av at kortere ventetid og økt kapasitet må sees i sammenheng for å ivareta barnets beste.



Anbefaling:

Regjeringen må sørge for at ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge går ned over hele landet. Dette må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenesten, og det må følges opp med økt kapasitet i tjenesten for å ivareta barnets beste.

Interne ventelister kamouflerer at noen barn venter enda lenger på hjelp

Behovet for rask psykisk helsehjelp gjelder ikke minst barn med komplekse tilstander. I dette

prosjektet fikk Barneombudet innblikk i en praktisering av «interne ventelister». Dette er en praksis hvor barn og unge har mottatt et tilbud om behandling i BUP, men hvor de er på en intern venteliste i påvente av at riktig kompetanse for deres hjelpebehov i den aktuelle BUP-en skal ha ledig kapasitet. Dette kan for eksempel være barn som må vente lenge på en nevropsykologisk utredning fordi den som har den aktuelle fagkompetansen, ikke har tilgjengelig kapasitet. Dette vil føre til forsinkelser i forståelsen av barnets vansker og forsinket behandling, noe som kan forverre barnets tilstand. Denne praksisen dukker ikke opp på helseforetakets statistikk over ventetid. Barneombudet er bekymret for om de store behovene for utredning og behandling for komplekse tilstander blir skjult gjennom denne praksisen. Vi mener det er alvorlig at de som kanskje har størst hjelpebehov, er de som rammes av dette og må vente opptil flere måneder lenger før de får riktig hjelp.



Anbefaling:

Helsedirektoratet bør sørge for at praksisen med interne ventelister blir synlig i statistikken over ventetid.

Et tilbud tilpasset barn og unges behov

BUPs rammer begrenser tjenestens fleksibilitet

Å jobbe med barn og unge krever stor grad av fleksibilitet, fordi hvert enkelt barn kan ha svært ulike behov. Selv om diagnosene kan være felles, vil det være stort behov for individuelt tilpassede behandlingsforløp for at barn og unge skal ha nytte av behandlingen. I dette prosjektet har vi sett at både ungdommer, foreldre, behandlere og ledere opplever at tjenestene i dag ikke i tilstrekkelig grad klarer å tilpasse hjelpen til det enkelte barns livssituasjon og behov. Ungdommene har behov for tid til å bli kjent med behandleren og bygge en tillitsfull relasjon, snakke på et annet sted enn på et kontor og ofte på en tid hvor det ikke går ut over skolegangen. Ledere og behandlere i BUP bekrefter at det

er lite rom for å tilpasse behandlingstidene til slike individuelle behov. Noe av årsakene synes å være helseforetakenes manglende prioritering av psykisk helsevern for barn og unge. Manglende kapasitet i tjenesten og samtidige krav til flere, bedre og raskere pasientforløp legger begrensninger. Dels ser det også ut til at finansieringsmodellen av BUP, med takster knyttet til koder for aktivitet, legger begrensninger for tjenestens fleksibilitet. Barneombudet mener at dette tyder på at vi ikke har kommet i mål med å utvikle en modell for behandling som bygger på barns beste. Vi mener det er grunnlag for en bredere gjennomgang av styringen og finansieringen av BUP for å se hvordan disse rammene i større grad kan ivareta barn og unges særskilte behov for individuelt tilpassede forløp.



Anbefalinger:

- Regjeringen må sørge for at helseforetakene følger «den gyldne regel», som sier at det skal være høyere årlig vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk.
- Helsedirektoratet bør evaluere og videreutvikle styringen og finansieringen av BUP slik at de ivaretar barn og unges særegne behov for fleksible tjenester. Dette bør gjøres i nært samarbeid med tjenestene selv, for å sikre at barnas behov for individuelt tilpassede behandlingsforløp ivaretas.
- Ved innføring av nye finansieringsmodeller, eller tiltak for å bedre kvalitet i BUP, må Helsedirektoratet alltid vurdere om de ivaretar behovet for individuelle tilpasninger og barnets beste. Det må også jevnlig evalueres om tiltakene når målene.
- Helse- og omsorgsdepartementet bør stimulere til at ny teknologi brukes aktivt som en del av behandlingstilbudet til barn og unge. Der det ikke finnes egnet teknologi, bør det utvikles og prøves ut. Dette må skje i nært samarbeid med barn og unge.

Barn og unge har ikke alltid tilgang til riktig hjelp

Et tilbud tilpasset barn og unges behov handler også om at barna må få riktig hjelp for sine spesifikke vansker. BUP må ha tilgang på god nok kompetanse for å møte hvert enkelt barns behov i utredning og behandling. I dette prosjektet har vi sett at dette spesielt er et problem i tilfeller hvor barna har komplekse psykiske lidelser, som ofte er vanskelig å utrede og behandle. Ledere opplever problemer med å rekruttere og beholde spesialister, og behandlere opplever vansker med å få faglig støtte der hvor egen kompetanse ikke er tilstrekkelig. Barneombudet mener innsatsen overfor barn og unge med komplekse psykiske lidelser må prioriteres høyere. Den relativt lave frekvensen av slike lidelser tilsier at ikke alle BUP-er kan forventes å ha slik kompetanse tilgjengelig. Derfor mener vi at det må sikres at det finnes et system for samarbeid mellom kompetansemiljø, slik at barn med komplekse psykiske lidelser har lett tilgang til behandlere med mer spesialisert kunnskap.



Anbefaling:

Helse- og omsorgsdepartementet må sikre at helseforetakene ivaretar behovet for spesialisert kompetanse for behandling av de mest komplekse psykiske lidelsene.

Barn og unge blir skrevet ut før de er ferdig behandlet

I dette prosjektet har vi også erfart at behandlingen i noen tilfeller avsluttes før behandleren mener barna er ferdig behandlet. Ut fra det behandlerne og ledere har fortalt oss, kan det se ut som at dette delvis skyldes arbeidet med å korte ned ventetidene. Det er viktig at barn og unge mottar behandling og hjelp for hele spekteret av lidelser de har, ikke bare henvisningsårsak. FNs barnekomité påpeker at alle beslutninger om å holde tilbake eller avslutte behandling for barn

må gjøres med grunnlag i en vurdering av hva som er best for det enkelte barn. Barneombudet registrerer at pakkeforløpene har en tydelig ambisjon om å ivareta barnets behov ved vurdering av avslutning av behandling og vurdering av videre oppfølging i kommunen. Vi mener likevel det er grunn til å følge nøye med på om barn og unge får den hjelpen de trenger og har rett til.



Anbefaling:

Helsedirektoratet bør evaluere pakkeforløpene jevnlig med særskilt søkelys på om barn og unge får helhetlig behandling på tvers av tjenestenivå, for hele spekteret av lidelser eller vansker, slik at de ikke blir skrevet ut før de er ferdig behandlet.

Medvirkning fra barn og foreldre er ikke godt nok ivaretatt

For at en BUP skal kunne gjøre gode vurderinger av hvilket tilbud som er til et barns beste, er det helt nødvendig at BUP har snakket med barnet og tatt deres mening med som en del av vurderingsgrunnlaget. For å oppfylle artikkel 12 må barn, ungdom og eventuelt foreldre, delta i beslutninger knyttet til egen behandling så langt det er mulig og hensiktsmessig. I dette prosjektet har vi sett mange eksempler på manglende brukermedvirkning, både i samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, involvering i beslutninger og involvering av pårørende i behandling. Bekymring knyttet til manglende brukermedvirkning har vært en tematikk i psykisk helsevern for barn og unge siden opptrappingsplanen i 1999. Barneombudet mener det må tas flere grep for å sikre medvirkning fra barn og unge.



Anbefalinger:

- Kunnskapsdepartementet må sørge for at barnekonvensjonen er et gjennomgående tema i rammeplanene og retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene.

- Helsedirektoratet bør revidere «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge», slik at den gir praktisk og pedagogisk veiledning om hvordan BUP skal ivareta barn og unges rett til medvirkning.
- Helsedirektoratet bør sørge for at pakkeforløpene evalueres jevnlig med særskilt søkelys på om barn og foreldres medvirkning ivaretas gjennom hele pasientforløpet.

Barn og foreldre trenger bedre informasjon for å forstå og håndtere situasjonen de er i

Informasjon er også helt nødvendig for å kunne benytte sin rett til medvirkning. Det er også en viktig forutsetning for at barn og unge skal forstå sin egen situasjon, hva de kan forvente, og hvordan de kan håndtere vansker i hverdagen. Gjennom våre samtaler med ungdommene fant vi at de i stor grad savnet informasjon i alle deler av pasientforløpet – også knyttet til bruk av medisiner og bivirkninger. De savnet mer hjelp til å forstå og håndtere tilstanden eller diagnosen sin. For foreldre er informasjon om barna viktig for å kunne forstå barnas vansker og kunne fungere som en støtte barna sine i hverdagen. Flere foreldre var fortvilt over at de ikke fikk støtte til å fungere som en ressurs for barna sine. Barneombudet mener dette tyder på at barn og foreldres rett til informasjon ikke er godt nok ivaretatt.



Anbefalinger:

- Helse- og omsorgsdepartementet må sikre at helseforetakene følger sin lovmessige plikt til å gi opplæring av pasienter og pårørende.
- Helsedirektoratet må revidere de nasjonale kvalitetsindikatorene slik at de også reflekterer barnas opplevelse av kvalitet, ikke bare foreldrenes.

Tilbudet i kommunalhelse-tjenesten og i psykisk helsevern må sees i sammenheng

De kommunale tjenestene forventes å være de som identifiserer psykiske helseproblemer og gir primær hjelp. Ledere i BUP fortalte likevel om et behov for avklaring av ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. De opplever at det er stor variasjon i hvilke helseplager hos barn og unge kommunene klarer å håndtere selv, og hvilke som blir henvist til BUP. Der hvor kommunene ikke har et tilbud til barn med lettere og moderate psykiske lidelser, vil trykket på BUP bli større, og det vil bli mindre kapasitet til å håndtere barn med alvorlige lidelser. Av helseforetak fikk vi vite at mange henvisninger til BUP blir avvist fordi barn som ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, likevel blir henvist til BUP fordi henviser ser at det er for lang ventetid i kommunal helsetjeneste. Disse barna risikerer å bli stående uten hjelp for sine vansker og plager. På bakgrunn av dette mener vi det er behov for en tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom kommunalt tilbud og spesialisthelsetjenesten.

For å kunne gi barn og unge et godt og helhetlig tilbud må tjenestene på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten sees i sammenheng. Tilbudet til barn og unge med psykiske vansker i kommunene er mange steder svært underdimensjonert. Det er mye som tyder på at mange kommuner i dag ikke er rustet til å gi et godt tilbud til barn og unge med behov for hjelp for lette og moderate plager. På samme tid opplever ledere i BUP at de ikke har tid til å veilede kommunen, slik veiledningsplikten tilsier. Dette går ut over kvaliteten i de kommunale tjeneste-

ne. Barneombudet er bekymret for om kapasiteten og kompetansen i kommunene gir god nok tilgang på hjelp på riktig nivå for barn og unge. Slik vi leser opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse 2019–2024, er det ingen tiltak som forplikter kommunene til å utvikle et lavterskeltilbud til barn og unge. Planen gir heller ingen klare føringer for hva et lavterskeltilbud til barn og unge skal inneholde. På bakgrunn av dette mener vi det er stort behov for tydelige føringer på hvilke tilbud som skal være tilgjengelige på kommunalt nivå.



Anbefalinger:

- Regjeringen bør sette ned et offentlig utvalg som gjennomgår organiseringen av psykiske helsetjenester for barn og unge, og som også ser på sammenhengen mellom hjelpen som tilbys i første- og andrelinjen.
- Regjeringen må endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får en plikt til å tilby lavterskel psykisk helsetilbud til barn og unge.
- Helsedirektoratet må oppdatere veilederen «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» fra 2007 slik at den er i tråd med dagens lovverk, utfordringer og forventninger til kommunene.
- Helsedirektoratet bør kartlegge i hvilken grad helseforetakene ivaretar plikten til å veilede kommunene og sette inn tiltak om det avdekkes mangler.

Det er mye som tyder på at mange kommuner i dag ikke er rustet til å gi et godt tilbud til barn og unge med behov for hjelp for lette og moderate plager.



1. Innledning



Psykiske lidelser er av Verdens helseorganisasjon (WHO) utpekt som den viktigste årsaken til uførhet blant unge og en av vår tids store helseutfordringer. En stor europeisk studie har stadfestet at psykiske lidelser koster mer enn noen annen sykdomsgruppe.¹ Psykiske lidelser debuterer ofte i barne- og ungdomsalderen, og ifølge Folkehelseinstituttet er psykiske plager og lidelser det viktigste helseproblemet blant barn og unge i Norge. Norske befolkningsstudier viser at omkring 7–8 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer som er forenlige med en psykisk lidelse på undersøkelsestidspunktet.² Det tilsvarer at om lag 70 000 barn mellom 3 og 18 år har en psykisk lidelse som bør behandles. Dette er barn og unge som har et stort behov for hjelp, og som har så store vansker at det går ut over fungering i familien, på skolen eller på fritiden. De har et bredt spekter av psykiske lidelser og diagnoser, blant annet angst, tvang, depresjon, nevroutviklingsforstyrrelser som for eksempel ADHD og Tourettes syndrom. For en del av de som får en psykisk lidelse i løpet av barndom eller ungdomstid, kan det bety langvarige eller livslange tilstander.³

Psykisk helsevern for barn og unge, som er en del av spesialisthelsetjenesten, skal tilby behandling til disse barna. Hvert år behandles om lag 5 prosent av barn og unge (0–17 år) i BUP.² I 2019 var det 56 000 barn og unge som mottok helsehjelp i psykisk helsevern. 95 prosent av all behandling i psykisk helsevern for barn og unge foregår i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (heretter kalt BUP).⁴ Denne rapporten handler om det polikliniske tilbudet i BUP.

Det har lenge vært erkjent, både i fagmiljøer og på politisk nivå, at det er store utfordringer i

tilbudet til barn og unge i psykisk helsevern. Spesielt har det vært søkelys på at det er store regionale forskjeller i kapasitet og kompetanse. Dette påvirker både hvilken hjelp som tilbys, og hvor lenge barn må vente på å få behandling. Videre har det kommet frem at pasienter og pårørende får for lite informasjon, og at sentrale rettigheter ikke er godt nok ivaretatt.⁵ Det er også kjent at det ofte tar for lang tid fra første bekymring eller sykdomstegn til behandling settes inn. Til sist har det vært knyttet bekymringer til at barn og unge får for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, at mange blir skrevet ut for tidlig, og at det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene.⁶

Regjeringen iverksatte derfor i 1999 en omfattende politisk reform, Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), som blant annet skulle bidra til kvalitativ og kvantitativ bedring av psykisk helsevern for barn og unge.^{7,8} Forskningsrådets evaluering etter opptappingsperioden viste at det kvantitative målet om å behandle fem prosent av barne- og ungdomspopulasjonen i stor grad ble nådd, men at det fortsatt var utfordringer med innhold og kvalitet i tjenesten, samt brukervedvirkning.⁹

I 2019 lanserte regjeringen en ny opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).¹⁰ Fortsatt skisseres det et utfordringsbilde preget av bekymring for mange av de samme problemstillingene som før den første opptappingsplanen. Det gjelder manglende kapasitet i tjenesten, mange som ikke får hjelp tidlig nok i problemforløpet, bekymring for at barn og unge med store hjelpebehov ikke får tilstrekkelig hjelp, ikke tilstrekkelig fleksible tjenester, problemer med å fange opp de som trenger det mest, fragmenterte helsetjenester spesielt

for barn og unge med sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Videre skisseres en bekymring for økningen i selvrappor-terte psykiske helseplager blant barn og unge de senere årene. Det er stor variasjon i andelen som får avslag på behandling i de ulike regjone- ne, men det er anslått at om lag 20 prosent får avslag på behandling.¹¹ Det er også dokumen- tert stor variasjon i hva slags henvisninger som blir avslått av spesialisthelsetjenesten.¹⁰ Også i regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan (2020–2023) erkjennes det at vi ikke er i mål når det gjelder å gi barn og unge med psykiske hel- seplager et helhetlig tilbud på rett nivå til riktig tid, og at det fortsatt er uønsket variasjon i til- budet.¹²

Det kan derfor se ut til at det ikke er tatt til- strekkelige grep for å løse utfordringene på dette feltet. Regjeringen har slått fast at barn og unge er en av pasientgruppene som ofte opplever svikt i tjenestetilbudet.¹² Til tross for mange tiltak og planer de siste tiårene viser oppsummerin- ger av forskning og offentlige rapporter at barn og unge med behov for psykisk helsehjelp ikke alltid får den hjelpen de har krav på.^{10, 12} FNs bar- nekomité har i sin tilbakemelding til Norge i 2018 påpekt at det psykiske helsevernet for barn og unge i Norge fortsatt er for dårlig dimensjonert og utviklet, og at det haster å sette i verk effek- tive tiltak.¹³

God saksbehandlingspraksis i vurderinger av henvisninger og et velfungerende klage- og kontrollsystem er viktig for å ivareta rettssik- kerheten til barn og unge. Disse temaene har i mindre grad vært tematisert i undersøkelser av tilbudet til barn og unge i psykisk helsevern. Bar- neombudet har over tid mottatt meldinger om at det generelt er lite klager fra barn og unge, eller fra foreldre på vegne av barn og unge på muli- ge brudd på rettigheter, for eksempel retten til nødvendig helsehjelp. Vi har også mottatt mel- dinger om at barn og unge er lite kjent med sine rettigheter i psykisk helsevern. Informasjon er en helt sentral forutsetning for å kunne benytte seg

av retten til å klage. Kunnskap om helseforetake- nes praksis ved vurderinger av henvisninger og klagebehandling gir viktig informasjon om ivare- takelsen av barns rettigheter på tvers av landet.

Målet med rapporten

På bakgrunn av disse utfordringene har Barne- ombudet valgt bedre psykisk helsehjelp til barn og unge som ett av sine satsingsområder. Den- ne rapporten er et ledd i arbeidet med å nå vårt mål om at barn med behov for hjelp fra psykisk helsevern skal ha tilgang på god og tilpasset hjelp. I arbeidet med rapporten har vi stilt føl- gende hovedspørsmål: Får barn og unge hjelp når de trenger det? Er praksis ved vurdering av henvisninger god nok? Hva skal til for at hjelpen oppleves tilpasset og god? Opplever ledere og behandlere i BUP at de kan gi et behandlingstil- bud som er tilpasset og godt? I hvilken grad iva- retas barn og unges rettigheter i klage- og kon- trollsystemet? Målet med rapporten er å peke på noen hovedutfordringer og på bakgrunn av det komme med anbefalinger om hva som må til for å ivareta barn og unge med behov for behandling og oppfølging av BUP.

Historikk

For å forstå dagens psykiske helsevern for barn og unge kan det være nyttig å kjenne til barne- psykiatriens fremvekst i Norge. Det var ingen samlet nasjonal plan som ledet frem til dagens organisering av BUP-ene. Snarere ble både eta- bleringen av faget barnepsykiatri og klinikkene som vokste frem, drevet frem av ildsjeler med sterkt engasjement for psykiske helseproblemer hos barn. Dermed ble tilbudet ved den enkelte BUP i stor grad preget av enkeltpersoners faglige tilnærminger og interesser. Det var ingen lands- dekkende føring for tjenestene, hverken når det gjaldt faglig innhold eller drift. Bortsett fra etable- ringen av Nic. Waals institutt i Oslo ble den tidli- ge barnepsykiatriske behandlingen på 1950- og 60-tallet forankret ved eller i tilknytning til syke- husene. I første omgang var tilbudet tilknyttet

Rikshospitalet, og senere kom det til andre sykehus rundt i landet.¹⁴ Det er mye som tyder på at den videre utviklingen av barnepsykiatrien som ledet frem til dagens psykiske helsevern for barn og unge, ble sterkt preget av de modellene for behandling som ble brukt overfor voksne. Selv om faget var dedikert til barn og unge, var driften av BUP preget av måten det psykiske helsetilbudet til voksne var organisert på.

I dag er BUP organisert som en del av spesialisthelsetjenesten underlagt sykehusene (helseforetak, HF), som igjen er organisert under et av de fire regionale helseforetakene (RHF). BUPs plass i helseforetakets organisasjonsstruktur varierer. Noen BUP-er er organisert direkte under ledelsen i helseforetaket, mens andre har flere ledd mellom BUP-ledelsen og ledelsen i helseforetaket. BUP-er i et og samme helseforetak kan også være organisert og drevet ulikt. Det er stor grad av selvstendighet i hvordan helseforetaket utformer og drifter tjenestene sine, herunder BUP. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom ulikheter i kapasitet, kompetanse, arbeidsmetoder og behandlingstilbud.

Det er opp til hvert enkelt helseforetak å disponere sine midler til drift. Det varierer derfor hvor mye midler BUP får som rammebevilgning til drift. Siden 2013 har det imidlertid vært en politisk føring på at helseforetakene skal følge «den gyldne regel», som sier at det på regionalt nivå skal være større vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk.¹⁵ Psykisk helsevern for barn og unge er en av gruppene som skal prioriteres innen psykisk helsevern, og veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader, årsverk og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).¹⁶ I tillegg til rammebevilgning til drift finansieres BUP gjennom tilskudd som er basert på den aktiviteten behandlere utfører. Dette kalles innsatsstyrt finansiering (ISF).¹⁷ I 2019 var om lag 20 prosent finansiert gjennom ISF. Resten av midlene til BUP kom direkte fra det enkelte helseforetak som en rammebevilgning. På sikt er det et politisk mål at

også en større andel av psykisk helsevern skal finansieres gjennom ISF på samme måte som i somatikken, der det i dag er 50 prosent finansiering gjennom ISF. Helseforetakene kan selv bestemme størrelsen på det som utgjør rammeoverføringen til den enkelte BUP.

Barn og unges rettigheter i psykisk helsevern

Barnekonvensjonen gir barn og unge som har behov for helsetjenester, viktige rettigheter. Det er statens ansvar å sikre at disse rettighetene blir ivaretatt, uansett hvor i landet barnet bor.¹⁸ Nedenfor beskriver vi kort noen av de mest sentrale rettighetene etter barnekonvensjonen til barn og unge med behov for hjelp fra BUP. Vi omtaler også et utvalg av det mest sentrale lovverket for BUP og noen av myndighetenes faglige føringer for tjenesten.

Artikkel 24 – barns rett til den høyeste oppnåelige helsestandard

Barn og unge har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Barnets rett til helse beskrives som en rett til å overleve og til å utvikle sitt fulle potensial i omgivelser som gjør det mulig for dem å nå den høyest mulig helsestandard.¹⁹ Barn og unge har også rett til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Det gjelder både fysisk og psykisk sykdom. Staten skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til slike helsetjenester.

For barn med psykiske helseplager og lidelser som har behov for hjelp, betyr artikkel 24 at staten skal sikre deres rett til å få hjelp, enten det er i kommunen eller i BUP. Dette gjelder alle barn og unge, uavhengig av hvor i landet de bor.¹⁹

Artikkel 6 – barns rett til optimal utvikling

Retten til optimal utvikling er et grunnleggende prinsipp i barnekonvensjonen. Dette betyr at hensynet til barns mulighet for optimal utvikling skal veie tungt i både enkeltvedtak som berører barn, og i generelle tiltak og beslutninger som be-

rører grupper av barn. FNs barnekomité sier at de forventer at staten tolker «utvikling» i videste betydning som et helhetlig begrep som omfatter alle sider av et barns utvikling. Komiteen sier videre at de forventer at alle tiltak som staten gjennomfører, skal sikre en optimal utvikling for alle barn.²⁰

Barn og unge med behov for psykisk helsehjelp er i en spesielt sårbar situasjon. Psykiske helseplager kan i seg selv forstyrre mulighetene for utvikling, men kvaliteten på hjelpen barnet mottar, har også betydning for utviklingsmulighetene. Hjelpetjenestenes oppgave er derfor å bruke muligheten behandlingstiden i BUP gir til å bidra til barnets optimale utvikling.

Artikkel 3 – barnets beste

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Dette innebærer at ledere og behandlere i psykisk helsetjeneste for barn og unge har en plikt til å kartlegge barnets behov og konkludere med hva som vil være til barnets beste, før man fattet vedtak eller tar andre valg og avgjørelser som har betydning for barna. Plikten gjelder vidt, både i formelle vedtak og daglige avgjørelser. Hensynet til barnets beste kan veies mot andre hensyn, men skal være grunnleggende. Det vil si at det skal mye til for å sette barnets beste til side. Dette gjør artikkel 3 til et viktig verktøy for alle som jobber med barn og unge.

Artikkel 3 har betydning for barn i behandling fordi alle avgjørelser som tas om utredning, behandling, medisintprøving eller andre intervensjoner overfor barn, skal tas med utgangspunkt i en vurdering av hva som er til barnets beste. For å kunne ivareta barnets beste er det en forutsetning at den som skal fatte beslutninger, har hørt barnets mening.

Artikkel 12 – barnets rett til å gi uttrykk for sin mening

Barn har rett til å fritt gi uttrykk for sin mening i alle forhold som vedrører barnet. Barnets syns-

punkter skal ha behørig vekt i samsvar med barnets alder og modenhet. Barnekonvensjonen setter ingen nedre aldersgrense for når et barn skal kunne gi uttrykk for sin mening om spørsmål som berører dem. Retten til å delta og bli hørt omfatter også retten til å få informasjon som gjør at man kan ta del i egen sak. Dette er blant annet en viktig forutsetning for at barn og unge skal kunne nyttiggjøre seg av retten til å klage dersom deres rettigheter blir brutt.

Retten til å bli hørt er i likhet med artikkel 3 og 6 en artikkel som strekker seg vidt. Retten til å bli hørt gjelder både små og store spørsmål som berører barnet. Ledere og behandlere i BUP tar mange beslutninger hvor barnets rett til å medvirke er relevant – i utredning, innhold i behandlingsplan, avtaler om tid, sted og hyppighet av behandling og i hvilken grad og hvordan foreldre og andre hjelpetjenester skal involveres. Ansvar for å høre barn tilfaller både den enkelte behandler og ledelsen.

Artikkel 4 – virkeliggjøring av de anerkjente rettigheter

Denne artikkelen forplikter staten til å virkeliggjøre alle bestemmelsene i barnekonvensjonen for barn i Norge. FNs barnekomité uttaler at de forventer at staten legger til rette for at alle barn får tilgang på sine rettigheter etter konvensjonen, uten diskriminering av noe slag og uavhengig av hvor i landet de bor.²¹

Barn og unges rettigheter i lov og forskrift

Barns rettigheter når de trenger psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, er blant annet beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven²² og i prioriteringsforskriften.²³ I tillegg pålegger spesialisthelsetjenesteloven²⁴ helseforetakene en rekke tiltak som blant annet skal sikre barn og unge god kvalitet på de tjenestene de får. Under har vi beskrevet de mest sentrale rettighetene og pliktene for pasienter som mottar poliklinisk behandling.

Barn og unge med behov for psykisk helsehjelp er i en spesielt sårbar situasjon. Psykiske helseplager kan i seg selv forstyrre mulighetene for utvikling, men kvaliteten på hjelpen barnet mottar, har også betydning for utviklingsmulighetene.



Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver pasienters rettigheter og gjelder uavhengig av alder. Loven regulerer blant annet retten til helsehjelp, fritt valg av behandlingssted og retten til å få nødvendig informasjon om tjenestetilbudet, som er tilpasset individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Loven regulerer også barnets partsrettigheter, forhold som gjelder klagerett, og gir pasienten rett til å medvirke i utforming og gjennomføring av behandlingen og til å få en individuell plan når det er behov for langvarige og koordinerte helsetjenester.

Prioriteringsforskriften er en konkretisering av retten til nødvendig helsehjelp i pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd.²³ Forskriften skal blant annet bidra til at det blir gjort mest mulig like vurderinger og prioriteringer av henvisninger til BUP rundt i landet. Forskriften skal også gi forutsigbarhet for pasientene. Det går frem av forskriften at pasienter under 23 år har rett til behandling innen 65 dager, regnet fra den datoen pasienten er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp. Dette er en maksimumsfrist. Pasienten har også klagerett dersom de får avslag på helsehjelp eller de mener det ikke er foretatt en riktig vurdering av deres behov. Unge under 23 år kan også klage dersom fristen på 65 dager overstiges.

Helseforetakene har etter *spesialisthelsetjenesteloven* en plikt til å bidra til likeverdige, forsvarlige og tilgjengelige tjenestetilbud som er tilpasset pasientenes behov. For BUP innebærer dette blant annet at de har plikt til opplæring av pasienter og pårørende.²⁵ BUP har i tillegg plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid med andre instanser som kommunen, og en plikt til å gi kommunen råd, veiledning og nødvendige opplysninger.²⁶ Veiledningsplikten er utdypet i rundskriv til spesialisthelsetjenesten med kommentarer.²⁷ Videre sier spesialisthelsetjenesteloven at pasienter med komplekse psykiske lidelser eller med behov for langvarige og koordi-

nerte tjenester skal tilbys en koordinator, og det skal lages en individuell plan.²⁸

Retten til å klage på brudd på pasientrettigheter

Dersom en pasient mener at han/hun ikke får oppfylt de rettighetene som er beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, har pasienten rett til å klage. Klagen skal gis skriftlig til BUP innen fire uker. Dersom BUP opprettholder sitt opprinnelige vedtak, blir klagen sendt fylkesmannen for videre behandling. Pasient- og brukerombudet i fylket der pasienten bor, kan gi råd og veiledning i utformingen av en klage.

I denne rapporten ser vi spesielt på retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og omtaler derfor denne tematikken i mer detalj.²⁹ Kriterier for når pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og kriterier for prioritering av pasienter med rett til helsehjelp, er regulert i forskrift om prioritering av helsetjenester.²³ Som beslutningsstøtte ved spesialisthelsetjenestens vurdering av henvisninger har Helsedirektoratet utviklet en prioriteringsveileder, som gir råd om tildeling av rettighetsstatus for de vanligste henvisningstilstandene.³⁰ Anbefalingene om rettigheter er på gruppenivå, men veiledere nevner også flere individuelle forhold som skal vurderes, og som kan ha betydning for tildeling av rettighetsstatus.³⁰ BUP-ene foretar vurderinger av henvisninger og avgjør om barn skal få hjelp hos dem innenfor disse rammene. I veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge omtales det hvem som kan vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det stilles her ingen formelle krav til hvem som skal vurdere om en pasient har rett til helsehjelp i psykisk helsevern, men Helsedirektoratet anser at slike vedtak bør fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet.^{30, 31}

Dersom BUP gir avslag på rett til helsehjelp, vurderer de at barnets beskrevne symptomer ikke oppfyller kriteriene satt i lov og forskrift.

Dersom et barn får avslag på henvisning til BUP, kan en eventuell klage sendes skriftlig til BUP. Dersom BUP opprettholder sitt opprinnelige avslag på rett til helsehjelp, blir klagen sendt til fylkesmannen for videre behandling.

Faglige føringer

De faglige føringene vi gjennomgår nedenfor, er myndighetenes konkretiseringer av både rettigheter og plikter som følger av lovene som regulerer behandlingstilbudet til barn og unge blant annet i BUP. Veilederne er ikke rettslig bindende, men er ment å være faglig normerende for utviklingen av tjenestene ved at de sier noe om hvordan lov og forskrift skal tolkes og gjennomføres i helseforetaket. Helseforetakene er forpliktet til å rapportere årlig på flere nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor blant annet psykisk helsevern.

Veileder for poliklinikker

I 2008 ble det i «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» utarbeidet tydelige anbefalinger for hvordan BUP bør utøve sine oppgaver for å sikre kvaliteten på den behandling som gis til barn og unge.³¹ Veilederen skal bidra til økt kvalitet og likeverdighet i tjenestetilbudet. Veilederen kommer med faglige anbefalinger for hele forløpet fra henvisning og utredning til diagnostisering og behandling. Veilederen understreker at tjenestene BUP tilbyr, skal baseres på kunnskap om effekt av tiltak, systematisk oppfølging av pasientene og måling av resultatet av behandlingen. Det er forventet at ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat og brukerfornydhet.³¹ BUP skal sørge for at det lages behandlingsplaner med tydelige mål og metodiske tilnærminger. Veilederen understreker også betydningen av brukermedvirkning hvor behandlingsansvarlig aktivt skal etterspørre og innhente synspunkter og forslag til forbedring fra barn, unge og familier om tjenestene de mottar. Blant annet anbefales det at behandlingsplanen, tidspunkter, møtesteder og hyppighet for møter bør

avtales med pasienten og pårørende. Veilederen presiserer at det bør tilbys opplæring om blant annet sykdommen/diagnosen, hva ungdommene kan gjøre selv for å mestre situasjoner og forebygge tilbakefall, og hvordan foreldre kan støtte dem. BUPs veiledningsansvar overfor kommunale tjenester er også beskrevet i veilederen.

Prioriteringsveileder

På samme måte som med veilederen for poliklinikker i BUP er prioriteringsveilederen ikke rettslig bindende for tjenesten. Den beskriver nasjonale myndigheters oppfatning av hva som er god faglig praksis, hvordan relevant lovverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk. Prioriteringsveilederen skal bidra til at de barna og ungdommene som trenger mest hjelp av BUP, får rask og riktig hjelp.³⁰ Den skal også hjelpe BUP med å prioritere riktig når de får en henvisning, slik at barn og unges rettigheter blir ivaretatt.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten.³² Disse indikatorene er ment å si noe om kvaliteten på tjenesten som måles. Indikatorene skal være et hjelpemiddel for ledelsen i tjenesten og danne et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Indikatorene skal også være et grunnlag for nasjonale myndigheters oversikt over området for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. BUP rapporterer til Helsedirektoratet på seks slike indikatorer, som handler om ventetider og diagnose.

Det foregår en løpende diskusjon i fagmiljøene om hvorvidt disse indikatorene er egnet for å si noe om kvaliteten i tjenesten til barn og unge.

Pakkeforløp

«Pakkeforløp» var i utgangspunktet en standard fremgangsmåte for organisering av pasientforløp for utredning og behandling av somatisk sykdom. Pakkeforløp for psykiske lidelser hos

barn og unge er politisk initiert med bakgrunn i evalueringer som viste stor variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging.³³ De første pakkeforløpene for psykiske lidelser hos barn og unge ble innført 1. januar 2019.³⁴ Målet med pakkeforløpene er at pasienter og pårørende skal møte et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Forløpene skal bidra til mer likeverdighet i tilbudet rundt om i landet, og pasienten skal få mer innflytelse på behandlingen.³⁴ Målene med pakkeforløpene er overlappende med føringene i veileder for poliklinikker i BUP.

Pakkeforløpene for psykisk helse for barn og unge har klare føringer som beskriver organiseringen av utredningen, diagnostisering, vurdering av behov for behandling, selve behandlingen og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samt ansvarsplassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer der det finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus. Det skal også være tydelig hvilke av barnets livsområder som skal kartlegges i forbindelse med behandlingen.³⁵ Likevel har de ulike BUP-ene relativt stor frihet til å definere deler av det faglige innholdet – for eksempel hvilke kartleggingsinstrumenter som skal benyttes i løpet av utredningsperioden.³⁶

Om pakkeforløpene bidrar til økt kvalitet i tjenesten, er en løpende diskusjon i fagmiljøene.³⁷

Metode

For å se nærmere på tilbudet til barn og unge i BUP har Barneombudet innhentet og analysert informasjon fra barn, unge, foreldre, behandlere og ledere i BUP. Resultatene presenteres i denne rapporten. Datainnsamlingen pågikk i perioden februar 2019 til januar 2020. Nedenfor redegjør vi kort for hvordan vi har gått frem for å innhente informasjonen.

Vi har i tillegg snakket med fagorganisasjoner, forskningssentre, interesseorganisasjoner, direktorat, departement, Helsetilsynet og bru-

kerorganisasjoner. Dette ble gjort for å få innspill til temaer det har vært viktig å berøre i samtaler med barn, unge, foreldre og behandlere og ledere i tjenesten. Informasjon fra disse samtalene har vi brukt som bakgrunnsinformasjon – de blir ikke presentert som funn i denne rapporten.

Samtaler med ungdom

Barneombudet har snakket med 26 ungdommer i alderen 13–19 år (to var under 13 år) fra ulike deler av landet. Det var fem gutter og 21 jenter. De fleste av ungdommene bodde i tettbygde strøk eller mellomstore byer, men vi har også snakket med ungdom i utkantstrøk. Alle mottar eller har mottatt poliklinisk behandling i BUP. Ungdommene er rekruttert gjennom BUP (hvor vi la ut brosjyrer om prosjektet), via helse-sykepleier på skoler (hvor vi tok direkte kontakt i aktuelle områder) og via foreldre som tok kontakt etter å ha sett en nettannonse i våre digitale kanaler eller brosjyrer på BUP.

Ungdommene har selv fått velge tid og sted for samtalene med Barneombudet. De har også fått velge om de ønsket å ha med foreldre eller andre de stoler på i samtalen med oss.

Barneombudet brukte en semistrukturert intervjuguide til å gjennomføre samtalene. Intervjuguiden var på forhånd testet ut på et par ungdommer og ble justert etter deres tilbakemeldinger. Samtalen begynte med at Barneombudet fortalte litt om prosjektet og formålet med det. Deretter kunne ungdommene snakke litt fritt om sine erfaringer, før temaer fra intervjuguiden ble trukket inn i samtalen. Samtalene tok som regel mellom 45 og 70 minutter, og det ble tatt notater underveis. Ungdommene fikk også mulighet til å skrive eller ringe til Barneombudet i ettertid dersom de hadde mer de ønsket å formidle.

Samtale med foreldre

Barneombudet har snakket med 20 foreldre fra ulike deler av landet. 18 av disse er foreldre til andre ungdommer enn de vi har snakket med i dette prosjektet. Foreldrene har erfaringer fra til

sammen 12 ulike BUP-er. På samme måte som i intervjuene av ungdommene har også foreldrene fått muligheten til å fortelle fritt om sine erfaringer i begynnelsen av samtalen og deretter gått gjennom sentrale temaer i intervjuguiden. Vi har gjennomført en samtale med hver av foreldrene med en varighet på 45–90 minutter.

Samtaler med ledere og behandlere i BUP

Vi har snakket med 14 ledere fra ti helseforetak fordelt på alle de fire regionale helseforetakene. I tillegg snakket vi med 20 behandlere i klinisk praksis fra til sammen 14 BUP-er. Noen har selv kontaktet oss når de har hørt om prosjektet, andre har vi henvendt oss til som en følge av at vi skulle besøke regionen for å intervju unge. Lederne vi har snakket med, har ulike posisjoner på sykehuset, fra klinikkdirektør til teamledere. Enkelte har hatt en kombinert behandler- og lederrolle. Samtalene med ledere og behandlere har hatt en åpen form, hvor vi har bedt om tilbakemeldinger på hva som fungerer bra, og hva som etter deres syn bør forbedres.

Henvisninger og klager

I tillegg til samtaler med ungdom, foreldre, behandlere og ledere i BUP innhentet vi også skriftlig informasjon fra de regionale helseforetakene (RHF) for 2019 og fylkesmannsembetene for 2018 (data for 2019 var ikke tilgjengelige på undersøkelsestidspunktet). Vi bad om informasjon om de vanligste begrunnelsene for avslag på henvisning, antall mottatte klager på avslag og hvor mange av klagesakene som fikk medhold. Vi fikk informasjon fra to av fire RHF-er, med informasjon fra til sammen 7 av 19 helseforetak (HF).³⁸ Av fylkesmennene var det ni av 11 som svarte på vår henvendelse.

I tillegg søkte vi etter gjennomførte tilsyn og konsernrevisjoner som kunne si noe om praksis ved vurdering av henvisninger i BUP og klagebehandling. Vi har bare funnet én publisert konsernrevisjon som direkte går på barn og unges rettigheter i BUP. Denne er fra Helse Sør-Øst

(2018) og handler om hvordan Akershus universitetssykehus sikrer etterlevelse av pasient- og brukerrrettighetsloven, og at barn og unge får likeverdige og forutsigbare tjenester i BUP.³⁹ Helseilsynets sist gjennomførte landsomfattende tilsyn (2015) med psykisk helsevern for barn og unge kaster også lys over praksis ved vurdering av henvisninger i BUP.⁴⁰ Foreldre, ledere og behandlere vi snakket med, gav også relevant informasjon om praksis ved vurderinger av henvisninger.

Etikk

Alle vi har snakket med, fikk på forhånd informasjon om formålet med rapporten. Vi informerte om at vi ønsket å bruke aidentifiserte sitater fra dem i rapporten. Denne informasjonen ble gjentatt før vi startet samtalene. I de tilfellene ungdommene var under 16 år, har foreldrene samtykket til at barna deres har deltatt.

Om rapporten

Barneombudet tror det er rimelig grunn til å anta at ungdom og foreldre som har tatt kontakt med oss og ønsket å dele sine historier, er delvis motivert av at de har hatt negative opplevelser i møtet med BUP. Det kan dermed være en skjevhet i det som presenteres i rapporten. Vi ser likevel at det er flere temaer som går igjen på ulike vis. Disse felles temaene gir oss viktig informasjon om BUP som tjeneste i dag.

Rapporten gir i de første kapitlene et innblikk i hva ungdom, foreldre, ledere og behandlere i BUP har trukket frem i samtaler med oss. Deretter omtaler vi våre funn når det gjelder saksbehandling av henvisninger og klagesaker, før vi avslutningsvis oppsummerer utfordringer og gir våre anbefalinger.

2. Ungdom forteller

«Jeg skulle hatt BUP i koffert.»

(Jente 17 år)

Sitatet ovenfor berører et tema de fleste av ungdommene vi snakket med var opptatt av – nemlig hvor viktig det er at hjelpen er lett tilgjengelig.

Barneombudet spurte ungdommene om de opplevde å ha fått den hjelpen de trengte, når de trengte det, og eventuelt hva som skulle til for at det kunne vært bedre.

Det var noen temaer som gikk igjen. Disse beskriver vi i dette kapitlet.



Tilgjengelige og tilpassede tjenester

Ventetid

«Det gikk over all forventning å komme til BUP. Ventetiden var verst.» (Gutt, 19)

I intervjuene har ventetid vært et gjennomgående tema. Ungdommene opplever at det ofte tar lang tid fra de trenger hjelp, til det blir sendt henvisning. Mange forteller også at det går for lang tid fra henvisning sendes, til de får satt opp time. Flere forteller at de synes det er strevsomt og vanskelig å vente når de har store problemer og ønsker og trenger hjelp der og da for å kunne håndtere hverdagen.

«Søkte rett før jul i 2018 og kom inn i mars. Det var ikke så greit å gå og vente. Jeg visste ikke hva som kom til å skje der, og hvem jeg skulle snakke med. Jeg gikk og gruet meg litt og visste ikke helt hva jeg skulle komme til.» (Jente, 13)

Flere sier de har måttet vente to til tre måneder på første behandlingstime. Andre forteller at det gikk mye raskere den andre gangen de ble henvisst, siden de da allerede var inne i systemet. Mange gav uttrykk for at mangel på informasjon var noe av det som gjorde ventetiden vanskelig. De kan tenke mye og bli usikre på hva som forventes av dem, og hva som skal skje, når de går lenge uten å vite hvem de skal møte, og hva som skal skje. Mange gruer seg mens de venter. De gir også uttrykk for at lang ventetid går negativt ut over skolegangen. Det kan være at de ikke klarer å konsentrere seg eller delta, og noen kommer seg ikke på skolen i det hele tatt. Ventingen går også utover andre aktiviteter som er viktige for ungdommen, som å være med venner, fritidsaktivitet eller fungering i familien.

Lengde og hyppighet på behandlingstimen

«Det var altfor mye repetisjon og gjentakelser. Det hadde vært bedre om jeg kunne komme over litt lengre tid og snakket meg ferdig.» (Jente, 18 år)

Det mest vanlige er at det er satt av 60 minutter til en behandlingstime. Det er store variasjoner i hva ungdommene ønsker seg med tanke på lengden på behandlingstimen. Alle vi snakket med, hadde likevel klare meninger om hva som ville være en god måte å legge opp timene på. For eksempel mener noen at de trenger korte timer fordi de sliter med oppmerksomhet. Andre har behov for lange timer fordi det tar tid å bli trygg og bygge et tillitsfullt forhold, som er en forutsetning for å kunne åpne opp om det de har behov for hjelp til. Noen av ungdommene følte at de ikke hadde klart å komme til kjernen i problemet eller å fortelle om det vanskeligste i tiden de var i BUP.

«Noen ganger litt lenge mellom hver gang, da husker jeg ikke helt hva jeg snakket om sist.» (Jente, 11 år)

Mange av ungdommene sier at de startet i BUP med samtale én gang i uka, og at dette etter hvert gikk over til samtaler annenhver uke. Men vi har også snakket med unge som forteller at de hadde samtale bare én gang i måneden. Det syntes de var for sjelden. Er det lang tid mellom timene, opplever mange at de har glemt hva som skjedde forrige time, og at de må starte på nytt igjen neste gang, både med informasjon om seg selv og med å bli kjent.

Sted

«Når jeg var 12, var det veldig unaturlig setting å gå inn i et rom og åpne seg om følelsene. Man vet ikke hvem den personen er. Man er på et sårt punkt i livet. Kanskje heller finne på andre ting, gå en tur, kanskje. Det ble ikke prøvd.» (Jente, 18 år)

Alle ungdommene har hatt samtaler på et kontor, og mange synes det var vanskelig og likte ikke å ha samtaler der. Som vi ser av sitatet ovenfor, kan det handle om at det oppleves som unaturlig å snakke sammen på denne måten, både fordi de er unge, og fordi de er i en sårbar fase. Men det handler også om at ungdom trenger tid til å bli kjent med behandleren for å kunne åpne seg. Flere ungdommer sier de har foreslått alternativer til å snakke på behandlerens kontor, fordi det kan være lettere å åpne seg om de er i en situasjon som er mer kjent for dem. Ungdommene har foreslått å gå tur, kjøre bil, gå på kafé, møtes på skolen eller lignende, men har i liten grad blitt møtt på dette. De ungdommene som fikk medvirke i valg av behandlingssted, forteller at de følte seg friere til å snakke når samtalen ikke var på kontoret. Andre forteller at de godt kunne prate på kontoret, men at det hadde vært lettere om de kunne gjøre noe annet samtidig som de snakket. En gutt med ADHD-diagnose sa for eksempel at han gjerne kunne spille sjakk mens han pratet, for da var det lettere å konsentrere seg. Mange uttrykte et sterkt ønske om at det skulle være flere muligheter til å tilpasse tid og sted for behandlingen til deres behov.

Et annet tema som dukket opp i våre samtaler med unge, er den fysiske plasseringen av BUP. Flere BUP-er er lokalisert på eller i tilknytning til somatiske sykehus. Noen synes det er ubehagelig at BUP ligger på sykehuset, og føler at de blir sett på som syke. Dette kan oppleves som en ekstra belastning når de selv ikke ser på seg syke, men noen som trenger støtte og hjelp. Noen BUP-er har egne venterom, mens andre har venterom sammen med psykisk helsevern for voksne eller andre sykehusavdelinger. Mange av ungdommene likte ikke dette. Noen er for eksempel redd for å møte på kjente mens de sitter på venterommet, mens andre synes venterommet generelt er lite tilpasset deres aldersgruppe. Noen forteller at de fikk tilbud om at behandleren kunne komme ned og møte dem når timen skulle begynne, slik at de slapp å finne

frem selv og å sitte på venterommet. Dette opplevde de som positivt, og det gjorde møtet med BUP litt lettere.

Tap av skolegang

«Det hadde vært fint om BUP var på skolen. Kunne ha en psykisk doktor på skolen.» (Gutt, 10 år).

Flere steder i landet er det stor avstand mellom BUP og der ungdommene bor eller går på skole. Mange trekker frem lang reisevei til BUP som en utfordring. Flere forteller at de har over én time å reise hver vei, noen vesentlig lengre. Flere er dessuten avhengige av kollektivtransport for å komme seg til BUP, og på små steder med få avganger er det ofte at rutetidene ikke korresponderer med behandlingstimen. I slike tilfeller vil det å gjennomføre en behandlingstime i BUP ta store deler av dagen.

«Jeg mistet samme time på skolen hver eneste uke, det var veldig dumt, da kunne jeg risikere å miste et helt fag.» (Jente, 17 år)

Behandling i BUP innebærer for de aller fleste tap av skolegang, også for de som ikke har lang reisevei. BUP har vanligvis åpent fra 08.00 til 15.30 og behandlingen skjer derfor oftest i skoletiden. For de som har lang reisevei eller må vente lenge på grunn av få avganger med kollektivtransport, vil det innebære at de går glipp av store deler av skoledagen. For noen kan dette ha store konsekvenser. Dersom, som vi ser av sitatet ovenfor, tidspunktet berører det samme faget over tid, kan elever i videregående skole risikere å ikke få godkjent faget blant annet fordi skolen mangler vurderingsgrunnlag. Ungdommene gir uttrykk for at det å miste skolegang blir en ekstra belastning og stressfaktor i tiden de går i behandling. Da må de ta igjen det tapte på fritiden, med mer lekser, og når de strever psykisk, er det mange

«Jeg mistet samme time på skolen hver eneste uke, det var veldig dumt, da kunne jeg risikere å miste et helt fag.»

(Jente, 17 år)



av dem som ikke orker det merarbeidet, forteller ungdommene.

Noen av ungdommene har hatt behandlere som er opptatt av å tilpasse behandlingen slik at det ikke går ut over skolearbeidet. Deres behandlere har blant annet variert tidspunktene timene avholdes, eller gir time på slutten av dagen etter skolens slutt, slik at de ikke mister undervisning.

«De første gangene måtte jeg gå fra skolen [etter behandlingstimen]. Det var ikke greit å gå tilbake til skolen etterpå, fordi jeg var så sliten. Da måtte jeg gå hjem, og skoledagen min var tapt. Siste året gikk jeg ikke på skolen.» (Jente, 18 år)

Ungdommene trekker også frem utfordringen ved å kombinere det å gå på skolen med å være i behandling. For noen ble det rett og slett for strevsomt eller vanskelig å gå tilbake til klassen etter en behandlingstime. De har da gått glipp av mye undervisning, som det er vanskelig å kompensere for. På sikt har det ført til større belastninger og problemer for ungdommene.

Samarbeid med foreldre og skole

«De har bare snakket med foreldrene mine tre ganger. En gang tok jeg med foreldrene selv. De spurte aldri meg om foreldrene skulle være med oftere, selv om jeg mente at problemene startet hjemme.» (Jente, 17 år)

I samtalene med ungdommene har det blitt klart at behandlere tilrettelegger for samarbeid med foreldrene i ulik grad. Det kan være ulike årsaker til det. Uansett er familien ofte den viktigste arenaen for barn og unge, og ungdommene vi snakket med, hadde selv klare meninger om de ønsket mer eller mindre involvering av foreldrene i behandlingen. Noen forteller at de ikke ønsker at foreldrene er involvert i behandlingen i det hele

tatt. For noen handler dette om at de ikke ville fortelle ting mens foreldrene var der. Andre ungdommer forteller at de skulle ønske at foreldrene var med oftere. Noen sier de ble oppfordret av behandleren til å ta med foreldrene, men at de fikk være med og bestemme selv hvordan foreldrene skulle involveres.

«Læreren min fikk et skjema som han skulle fylle ut. Jeg likte ikke dette, læreren min har ikke noe med at jeg er hos BUP. Lærerne kjenner meg ikke så godt, selv om det var kontaktlærer som fikk skjemaet. Jeg ble ikke spurt om det var greit. Jeg fikk ikke vite hva det handlet om, og jeg fikk ikke vite hva læreren min hadde svart.» (Jente, 18 år)

For de fleste ungdommer er skolen en av de viktigste arenaene. Ungdommene forteller om stor variasjon i omfanget av samarbeid mellom BUP og skole, og i hvilken grad ungdommene selv ble involvert i dette samarbeidet. Noen har erfart at BUP har deltatt på samarbeidsmøter eller for å veilede skolen, mens flertallet av ungdommene forteller at de ikke tror det har vært kontakt mellom BUP og skole. Dette er noe mange etterlyser. Ungdommene er videre tydelige på at det er viktig for dem å få være med på å bestemme hvem som skal få informasjon om dem, og hva lærerne skal få vite om dem og ikke.

Ungdommens opplevelse av selve behandlingen

Her ser vi nærmere på hva ungdommene mener er viktig for at de skal oppleve å ha fått god hjelp og behandling.

Relasjonen til behandleren

«Det handler mye om kjemi. Førsteintrykket er veldig viktig – det å kunne være litt uformell og ikke hele tiden være dønn seriøs. Det er veldig vanskelig å snakke med

noen man ikke har kjemi med.» (Jente, 17 år)

Ungdom som opplever å ha fått god hjelp, trekker frem betydningen av god kjemi og god relasjon til behandleren. Det handler om at behandleren tar seg god tid til å bli kjent, forteller ungdommene. Dette er viktig for dem fordi det tar tid å bli trygg nok til å fortelle om det som er vanskelig. Ungdommene trekker også frem at det er viktig at behandleren kan være litt uformell og dele litt om seg selv.

«Nå har jeg ny behandler som jeg er veldig fornøyd med. Spør hva hun kan gjøre for å tilpasse seg meg. Vi blir enig hvordan tema vi skal ha, hvor lenge vi skal snakke om det. Hun bryr seg faktisk. Ikke bare sånn: Her er medisiner, så kan vi skyve deg litt av veien.» (Jente, 17 år)

Det å bli lyttet til og tatt på alvor er avgjørende for ungdommens opplevelse av behandlingen. Flere trekker frem at det er positivt at de får muligheten til å påvirke hvordan behandlingstimen skal være. En gutt fortalte at det var veldig nyttig at behandleren fremhevet det positive på slutten av samtalen, slik at han kunne dra hjem med noe positivt. Behandleren forsøkte også å normalisere ting, som gjorde at han ikke følte at han var alene om problemene.

Dessverre har vi også møtt mange ungdommer som har dårlige erfaringer med sin behandler i BUP. Mange sier at de ikke har hatt god kjemi med behandleren, og derfor ikke har klart å fortelle hvordan de egentlig har det. Flere av ungdommene sier at det må bli enklere å bytte behandler dersom kjemien ikke stemmer. Flere forteller at det kan være vanskelig å bytte behandler, og om det er mulig, så kan det ta lang tid. Noen beskriver at de blir sittende med en følelse av at det er de selv som er vanskelige. Andre forteller derimot at deres ønske om å bytte behandler har blitt tatt positivt imot, og at

det var en god opplevelse når deres ønsker og behov ble tatt på alvor.

«Sinnet mot BUP kom etter hvert i 3. klasse når det stadig kom nye folk. I 4. klasse tenkte jeg: Hva er vitsen med dette? Jeg burde hatt en fast og trygg psykolog. Rakk aldri å bli kjent med noen – hadde behov for å bli trygg og få litt forståelse før jeg kunne fortelle mer» (Gutt, 19 år)

En annen utfordring ungdommene forteller om, er ufrivillige behandlerbytter i BUP. Flere av ungdommene har hatt mange behandlere i løpet av tiden de har vært i BUP. De forteller at de aldri rakk å bli trygg på behandleren før det kom en ny. Det kan være at behandleren slutter, blir sykmeldte, har permisjon eller byttes ut av andre årsaker. En jente fortalte at det var vanskelig å komme i kontakt med BUP da behandleren hennes ble sykmeldt. Flere fortalte at de fikk lite informasjon i forkant av behandlerbyttet. Vi fikk også eksempler på at ungdom hadde møtt opp til time som avtalt, men at det plutselig var en ny behandler de skulle forholde seg til, uten at de hadde blitt informert om det på forhånd. Ungdommene gir uttrykk for at det blir uforutsigbart, og at det er problematisk at de må bygge opp en relasjon på nytt.

Utredning

«Husker at jeg noen ganger fylte ut noen skjemaer – tredje gangen ble jeg irritert. Hadde fått det samme skjemaet tre ganger – sa til dem at dette hadde jeg gjort før, og at de måtte komme med noe nytt.» (Gutt, 19 år)

Ungdommene forteller at de ønsker å få hjelp til å snakke om det som er vanskelig, og om hvordan de egentlig har det. Mange forteller imidlertid at de opplever at det brukes for mye tid på utredning og skjemaer. De gir uttrykk for at de ikke all-

tid skjønner hvorfor det må gjøres. En jente forteller for eksempel at det bare var en haug med skjemaer, at det føltes som et intervju hele året. Hun opplevde det som om behandlerne bare skulle lete etter noe. Flere forteller at de måtte ta masse tester på en PC, og at de opplevde det som at behandleren ikke lurte på hvordan de hadde det. Flere etterlyser at behandleren bruker mer tid på å snakke med dem, men også at han eller hun orienterer dem om hensikten med utredningen.

Informasjon, støtte og råd

I denne delen løfter vi frem det ungdommene har fortalt oss om informasjonen de har mottatt om diagnose og medisinbruk, og om støtten de har mottatt i avslutningen av behandlingen. Vi har også snakket med ungdommene om de har fått informasjon om sine rettigheter og klagemuligheter.

Informasjon om diagnose og medisinbruk

«Fikk diagnosen, så var det over. Mamma og pappa har prøvd å lære meg hva diagnosene er. Ikke behandlere.» (Gutt, 14 år)

Barn og unge har mange rettigheter i møte med BUP, blant annet er retten til informasjon vesentlig. Nesten alle vi snakket med, sier de visste lite om BUP før de ble henvist til behandling. Flere har en opplevelse av å ikke få informasjon, eller at informasjonen de har fått, har vært vanskelig å forstå. Dette gjelder både generell informasjon om BUP, hvorfor de er der, hva de skal gjøre på BUP, hvordan de voksne forstår det de sliter med, hva som er selve behandlingen, og informasjon om diagnose og medisinbruk.

Noen opplever at de har fått god informasjon og gode råd om diagnosen eller tilstanden sin. Dette gjør blant annet at det blir lettere for dem å forstå hvorfor de har det vanskelig, og hva de selv kan gjøre for å håndtere problemene som oppstår i hverdagen. Men mange opple-

ver at de har fått lite eller ingen informasjon om hva det innebærer å ha den aktuelle diagnosen. Noen sier de har fått informasjon, men at den ikke har vært forståelig. Dette skaper usikkerhet med tanke på hvor alvorlig tilstanden deres er, og hvordan de skal håndtere den, og dessuten usikkerhet med tanke på om dette er en tilstand de skal ha resten av livet, eller om det kan gå over. Vi ble også fortalt at noen behandlere gjorde lite for å undersøke hvordan informasjonen hadde blitt forstått. Flere sier de har måttet lese seg opp på internett på egen hånd eller få informasjon andre steder. I et av de verste tilfellene hadde ungdommen gått i flere år med misoppfatninger om en svært alvorlig tilstand.

Blant de ungdommene vi snakket med, var det flere som har gått, eller går, på medisiner. Noen av ungdommene sier de ikke visste hvem som hadde ansvar for oppfølgingen av deres medisinbruk. Flere sier at de ikke fikk god nok informasjon om eventuelle bivirkninger av å begynne på medisiner.

Avslutning av behandlingen

«Jeg fikk litt informasjon da det ble snakk om utskriving. De nevnte helsesøster og at jeg kunne gå til samtaler der. De sa også at de kunne få en ny henvendelse fra meg hvis jeg hadde behov for dette.» (Jente, 18 år)

Mange vil fortsatt ha behov for støtte og hjelp etter endt behandling i BUP. Noen kan ha rett til videre hjelp fra kommunale tjenester, mens det for andre er tilstrekkelig at familien og omgivelsene rundt mobiliserer. Flere av ungdommene etterlyser støtte og råd fra behandleren om hva som skal skje videre etter avslutning ved BUP. Mange forteller at når de ikke får slik informasjon eller det ikke lages en plan, virker situasjonen kaotisk og uoversiktlig.

«BUP ville bare snakke med meg, jeg fikk aldri noen konkrete råd om hvordan jeg kunne hjelpe meg selv. Det har jeg fått fra helsesykepleier.» (Jente, 18)

Et annet viktig tema ved avslutning av behandling er om ungdommene opplever å få med seg noen verktøy de kan bruke videre i hverdagen for å hjelpe seg selv. Flere forteller at de ikke fikk råd om hvordan de kunne gjøre hverdagen enklere, men at slik hjelp kom fra andre, som foreldre eller helsesykepleier. Andre sier at de fikk litt informasjon om at helsesykepleier kunne være en aktuell samtalepartner etter utskriving, og at det var mulig å bli henvist på nytt til BUP dersom det var behov for det.

«Fikk informasjon om at diagnosen ikke er meg, og at jeg kan bli kvitt den. Jeg har blitt bedre og har lært ting som jeg vil bruke hjemme. Å lære ferdigheter er viktig, noe man kan fortsette å bruke etter behandling.» (Jente, 15 år)

Andre forteller at de hadde fått god informasjon og gode råd og fått opparbeidet seg ferdigheter til å bruke i hverdagen. På den måten kunne de fortsette den positive utviklingen etter endt behandling. En 14 år gammel jente sa for eksempel at behandleren hadde forklart henne hvordan hjernen hennes reagerer i ulike situasjoner. Hun var fornøyd med å ha fått dette forklart på en

måte hun forsto. Hun hadde også fått konkrete verktøy som gjorde hverdagen hennes bedre i dag. Andre hadde lært konkrete teknikker for å få «fri» fra alle tankene, som pusteteknikker eller råd om å tegne eller skrive dersom symptomene kommer tilbake.

Informasjon om rettigheter og klagemulighet

«Jeg fikk ingen informasjon om mine rettigheter. Er 18 år nå.» (Jente, 18 år)

I tillegg til rett til informasjon som er relevant for selve behandlingen og veien videre, har barn og unge også rett til informasjon om sentrale pasientrettigheter. Noen sier for eksempel at de ikke visste at det ble skrevet journal, eller at behandleren skulle ta vare på alle opplysningene. De visste heller ikke at de hadde tilgang til å se den.

Retten til medvirkning er en annen vesentlig rettighet. Det er en sterk faglig føring at behandlingstilbudet i BUP bør bygge på en behandlingsplan som er utformet i samarbeid med den unge og eventuelt foreldre.⁴¹ Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og familiens ønsker og behov. I våre samtaler med ungdom er det noen som sier de ikke har hatt en konkret behandlingsplan. Andre svarer at de ikke vet om de har hatt det eller ikke.

De fleste sier de ikke har fått informasjon om muligheten til å klage dersom de er misfornøyd med behandlingen de har fått.

«BUP ville bare snakke med meg, jeg fikk aldri noen konkrete råd om hvordan jeg kunne hjelpe meg selv. Det har jeg fått fra helsesykepleier.»
(Jente, 18)

«Jeg fikk ingen informasjon om mine rettigheter. Er 18 år nå.»
(Jente, 18 år)

«Husker at jeg noen ganger fylte ut noen skjemaer – tredje gangen ble jeg irritert. Hadde fått det samme skjemaet tre ganger – sa til dem at dette hadde jeg gjort før, og at de måtte komme med noe nytt.»

(Gutt, 19 år)

«Det hadde vært fint om BUP var på skolen. Kunne ha en psykisk doktor på skolen.»
(Gutt, 10 år).

3. Foreldre forteller



«Jeg pleier å si til min sønn at dette ikke er et NN-problem, men et familieproblem. Da blir han lettet og gladere til sinns.»

Sitatet ovenfor er på mange måter representativt for de foreldrene vi har snakket med. De opplever at barnets psykiske lidelser påvirker hele familien, men også at løsningen ligger i familien, ikke kun hos det enkelte barn eller den enkelte ungdom. Barneombudet spurte foreldrene om de opplevde å ha fått hjelp til barna sine når de trengte det, og eventuelt hva som skulle til for at det kunne vært bedre. Det var noen temaer som gikk igjen. Disse beskriver vi nedenfor.

Tilgjengelige tjenester

Tiden fra første bekymring til behandling

«PPT henviste ham til BUP i 2017, tre år etter første bekymring [...] Han fikk ADHD-diagnose og startet med medisiner i juni 2019 [...]»

Et flertall av foreldrene opplever at det tar lang tid før barnet deres får hjelp. Det gjelder enten ved at det tar lang tid fra barnet eller forelderen er bekymret, til en henvisning blir sendt til BUP, eller at det tar lang tid fra henvisningen er sendt, til de får et tilbud om behandling. Flere foreldre hadde erfaring med at BUP sendte henvisninger i retur til fastlegen fordi de ikke var godt nok utfylt, fremfor å ta direkte kontakt med fastlegen og be om utfyllende opplysninger. I noen tilfeller ble henvisningen avslått og barna, eller foreldrene på deres vegne, måtte da enten klage på vedtaket eller få en ny henvisning. I begge tilfeller førte dette til at barnet gikk lengre uten hjelp. Når barnet har fått

tilbud om behandling hos BUP, opplever noen foreldre at BUP bruker mye tid på utredning før barnet får noen å snakke med og behandlingen starter. På denne måten oppleves det som om veien til hjelp kan bli lang.

Foreldre som har barn med blant annet skolevegring og psykiske lidelser som angst eller depresjon, opplever ofte at veien til hjelp er lang. Skolevegring eller bekymringsfullt skolefravær gir ikke alene rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.⁴²

Enkelte foreldre forteller om at barnet deres har hatt så lang ventetid etter henvisning (6–12 måneder) at det har ført til en alvorlig og forverret situasjon for barnet.

Ventetiden er en krevende periode for foreldrene. Dette kommer både av at barna ofte blir sykere mens de venter, og at foreldrene veldig sjelden har noen som følger barna opp lokalt mens de venter på behandling i BUP. Bare et par av foreldrene vi snakket med har gode erfaringer med lokal oppfølging fra psykisk helsetjeneste eller skolehelsetjenesten i ventetiden. Flere forteller også at ventetiden for en ungdom kan virke ekstra lang, og at motivasjonen for behandling kan endre seg i denne tiden. Noen foreldre sier også at barnets sykdom er annerledes når de til slutt kommer til BUP. For andre, som sitatet ovenfor viser, har det alvorlige konsekvenser å ikke få riktig utredning og behandling raskt. Deres sønn gikk med depresjon og selvmordstanke i flere år før han fikk riktig hjelp. Flere foreldre

vi har snakket med, har sett seg nødt til å gå ut av jobb for å følge opp barnet sitt i ventetiden.

Tilpassede tjenester

Reisevei, behandlingsmøter og møtesteder

«Jeg måtte slutte i jobben og måtte følge opp sønnen min [...]. Jeg har vært ute av arbeidslivet i fire år nå.»

Foreldre er ofte svært bekymret for barna sine. Det kan blant annet handle om at de har barn som har skolevegring, selvskader seg, har tunge depresjoner eller kombinasjoner av dette. I noen tilfeller ser foreldrene seg nødt til å være borte fra jobb for å ta vare på barna som ikke kommer seg på skolen og er hjemme alene i tiden de venter på å få hjelp. I mange tilfeller vil barnet også merke at foreldrene er bekymret, og det kan oppstå uheldige samspillmønstre mellom foreldre og barn når vanskene pågår over tid. At foreldre i perioder var borte fra jobb, så vi spesielt hos foreldre som hadde barn som hadde skolevegring, men også hos foreldre som hadde barn med behov for hyppig behandling og som i tillegg hadde lang reisevei. I likhet med ungdommene sier noen foreldre at mange av timene hos BUP går ut over undervisningen og at de ofte går glipp av det samme faget hver gang. Flere sier at de ikke tar sjansen på å be om å bytte time, da det kunne ta en måned eller halvannen til neste ledige time.

Foreldrene har ulike erfaringer med hva som er en god frekvens og varighet på behandlingstimer. Det viktigste for foreldrene er at dette er tilpasset barnets og foreldrenes livssituasjon, spesielt med tanke på skolegang og reisevei. Det er en gjennomgående erfaring hos foreldre at systemene med enkeltmøter, enten det handler om utredning eller behandling, er veldig lite fleksible i BUP. Noen sier det medfører en stor slitasje å ha lange reiser og 45 minutters behandlingstimer i uke etter uke, og andre foreldre opplever at det er lite rom for å tilpasse behandlingssopplegget til deres arbeid eller til familiesi-

tuasjonen ellers. Dette fører til både praktiske og økonomiske belastninger. Flere foreldre opplever det som en fulltidsjobb å følge opp og koordinere arbeidet med barnets behandling.

«Virker som om man har bygget opp en organisasjon etter ansattes behov – ikke barnas.»

Noen av foreldrene forteller at deres barn har fått et behandlingstilbud som er tilpasset både reisevei, ønsket hyppighet og ønsket sted, ved at behandlingsavtaler blir lagt til skolen i skoletiden eller hjemme dersom barnet ikke blir trygg i BUPs lokaler. De fleste vi har snakket med, opplever derimot at det ikke er barnas behov, men administrative hensyn som settes i sentrum når behandlingen skal gjennomføres. Dette er i samsvar med erfaringene til de ungdommene vi snakket med. Når foreldre har tatt opp med behandleren om det er mulig å endre møtested, blir de som regel møtt med at BUP ikke opplever dette som nyttig, eller at rammene for behandleren ikke tillater dette.

Skifte av behandler og samarbeid med andre tjenester

«Hatt 12 behandlere i BUP – med leger enda flere [...] Noen av dem har holdt over tid.»

En del foreldre har erfaring med flere skifter av behandler. De forteller også at de sjelden får informasjon ved slike skifter, og at det ikke har vært overføringsmøter mellom gammel og ny behandler. De opplever derfor å måtte «starte på nytt» med å gi informasjon. Noen ble møtt med argumentet at nå er det lurt med litt «ny input», uten at de opplevde at det er en vurdering av hva som var det beste for barnet som lå til grunn for denne beslutningen.

De fleste foreldrene opplever at BUP verken veileder eller samarbeider med andre tjenester

som skole, PPT, fastlege, skolehelsetjeneste og barnevern.

«Det var et overføringsmøte til skolen [...] Fra skolen møtte assisterende rektor, sosiallærer, kontaktlærer og PPT. Fra BUP kom det ingen informasjon til skolen. Selv når sosiallæreren spør BUP om hvordan de skal takle situasjoner som oppstår på skolen: 'Nei, det må du se an for hvert enkelt tilfelle.' Konklusjonen fra skolen var at BUP ikke hadde noe å bidra med.»

Andre foreldre opplever at det eksisterer et formelt samarbeid mellom for eksempel BUP, skole, PPT og helsetjenesten i kommunen, men at det i liten grad bidrar til noen reelle endringer i tilbudet til barnet.

«Vi hadde møter med skolen, fikk etter hvert BUP med på de møtene, litt motvillig. De sa de ikke så nytten av å dra ut fra kontoret»

Flere foreldre forteller at BUP sier de ikke ser nytten av å dra ut av kontoret for å møte andre som kjenner barnet. Foreldrene reagerer på det de opplever som manglende forståelse for at en del av behandlingen også handler om å hjelpe dem som skal hjelpe barnet videre der det bor.

«[...] Har fagteammøter på skolen hver tredje uke, med inspektør, rektor, lærere osv. Vi har tidligere fungert som koordinatorene [...] før lå frustrasjonen hos oss, nå ligger den hos dem.»

«BUP er på skolen en gang i uka for å veilede [...] Psykologen er hans anker, hun klarer å skape endring i systemet.»

De som har gode opplevelser, forteller om samarbeidsmøter med klar ansvarsfordeling der de ulike instansene går sammen om å løse barnets

utfordringer. De forteller også om god familieveiledning og veiledning til de fagpersonene som står barna nærmest. Disse foreldrene sier også at de tåler mer av både reisevei og opphold mellom behandlingsmøter, fordi de føler at barnet og de som foreldre blir godt ivaretatt.

Foreldrenes opplevelse av involvering og medvirkning

«Forventningene til oss var utydelige. Ikke lett å vite hvilken rolle vi hadde i behandlingen.»

Flere foreldre forteller at det første møtet med BUP kan være vanskelig. Dette møtet skjer ofte i en fase hvor ikke bare barna, men også foreldrene, er veldig sårbare. Foreldrene forteller at de har vært gjennom store utfordringer med barnet sitt over lang tid, og at de kommer slitne og fortvilte til BUP. Mange sier at de i den fasen har et stort behov for selv å bli ivaretatt med informasjon og veiledning, men også bli involvert i behandlingen som en mulig ressurs for barnet.

De fleste foreldrene opplevde at de i liten grad ble trukket med som en samarbeidspartner i utredningsfasen og i selve behandlingen. De opplevde at de ikke ble møtt som personer med egen kompetanse og kunnskap om sine barns situasjon, og at de dermed ikke ble involvert. En forelder beskrev det som at familieperspektivet var helt tilsidesatt, og opplevde det som leit at hun som mor ikke kunne få råd og hjelp til å forstå situasjonen med barnet. Andre beskriver å bli oppfattet som en overivrig mor som fungerte mer som en «plage» for behandleren enn som ressurs for barnet. Andre foreldre forteller om det motsatte, at de som foreldre ble tillagt kompetanse til å følge opp eget barn uten at dette var undersøkt nærmere, og at behandlingen ble avsluttet med dette som argument.

«Behandlingsplan – jo vi fikk en behandlingsplan, der stod det: Foreldrene skal komme tidsnok til timen.»

Flere foreldre opplever det som uklart hva som var planen med behandlingen. Kun i noen få tilfeller kunne foreldre fortelle at det ble lagt frem en skriftlig behandlingsplan. I disse tilfellene inneholdt ikke planen noe informasjon om hva foreldre og andre kunne bidra med som støtte til behandlingen. Flere foreldre sier at de fikk lite konkret hjelp fra BUP med hvordan de skulle hjelpe og støtte barnet sitt hjemme. De forteller at opplæring om barnets diagnose og foreldrekurs kom veldig lenge etter utredningen hos BUP, eller om opplæring som aldri kom. Noen forteller at de hadde flere timer lange samtaler med behandler/BUP, men at disse inneholdt lite konkret informasjon som gjorde foreldrene mer kompetente til å håndtere utfordringene i hverdagen. Andre forteller at de bare fikk en brosjyre om barnets diagnose i hånden, men opplevde at dette var liten støtte for å kunne håndtere barnets utfordringer i hverdagen.

Noen få foreldre fikk tilbud om egen foreldreveiledning samtidig som barnet gikk til behandling. For disse foreldrene har dette bidratt til økt forståelse for foreldrerollen, deres egen forståelse av barnet og til trygghet på hvordan de kan støtte barnet hjemme mellom hver behandling. Noen mener dette har vært helt avgjørende for at behandlingen ble vellykket.

*«Vi har blitt veldig godt ivaretatt. Sendt på kurs veldig fort, fått familiekurs innen rime-
lig tid, får veldig god foreldreveiledning og foreldrestøtte. De har snudd hele familie-
situasjonen.»*

Noen få foreldre forteller om god informasjon om barnets diagnose, hvordan de som foreldre kan bidra, samt konkrete råd om hvordan de kan håndtere utfordringer i fremtiden. Disse foreldrene forteller at de raskt ble sendt på foreldrekurs, der de fikk god opplæring om barnets diagnose, veiledning og ikke minst kontakt med andre foreldre.

Foreldre som har hatt god involvering og medvirkning i BUP, beskriver at dette har hatt stor betydning for hele familiesituasjonen. Vi har dessverre bare møtt noen få familier med slike erfaringer. De trekker spesielt frem betydningen av involvering, informasjon, råd og støtte i utrednings- og behandlingsfasen, kurstilbud og veiledning til foreldrene om barnas diagnose og behov. De viser også til at hvor viktig samarbeidet med lokale instanser er, noe som også kan gi foreldre og barn støtte underveis og etter endt behandling i BUP.

«Det er ikke bare behandleren som er bra, men de som sitter på kontoret på BUP – når vi ringer – de er så varme og gode. Måten vi blir møtt på gjør at vi kan puste, vi føler oss ikke alene.»

Noen foreldre opplever at de blir godt ivaretatt, og at de har god dialog med behandler underveis i behandlingen. Disse foreldrene sier at de opplever at de som foreldre er viktige samarbeidspartnere for at barnet skal bli bedre. Behandleren ringer dem tilbake når de forsøker å komme i kontakt med dem. Noe av det som kjennetegner disse foreldrenes opplevelser, er at behandleren bruker tid på å bygge en god relasjon til dem og på å bli kjent med ressursene deres.

4. Ledere og behandlere forteller



«Jeg tror at det barn og unge ønsker fra BUP, er relativt enkelt: De ønsker et fornuftig og relativt erfarent medmenneske, med god allmennkompetanse, som tar seg tid til å bli godt kjent og skape grunnlaget for at tillit kan vokse, som relativt raskt og diskré kan diagnostisere uten at det tar noe særlig plass i samtalene, som kan gi fornuftig og fleksibel samtalebehandling uten altfor mye fancy dikkedarer, som gir medisiner, innleggelse og ekstra støtte i kriser, og som kan arbeide systemisk med det som er vanskelig i barnets liv i ansvarsgrupper og opp mot skole osv.»

Sitatet ovenfor, fra en psykologfaglig rådgiver ved et helseforetak, er en god påminnelse om hva de fleste barn og unge har behov for i møtet med BUP. I samtalene med ledere og behandlere har vi fått innblikk i hvordan de fra sine ulike posisjoner opplever å kunne bidra til dette, og hvilke utfordringer de ser. Nedenfor gjengir vi noen av hovedtemaene fra samtalene.

Tilgjengelige tjenester

Ledere om tilgjengelige tjenester

«Alle BUP-ene i Norge sitter på hvert sittes, og mange gjør gode ting. Jeg hadde ønsket meg mer faglig styring på et overordnet nivå.»

Noen ledere peker på at BUP og helseforetakene har stor faglig og organisatorisk frihet, selv om lovverk, forskrifter og faglige veiledere gir både prioriteringsstøtte og støtte til hvordan tjenestetilbudet skal utformes. Etter noen ledes mening bidrar dette til at det er stor variasjon i hvor lett tilgjengelig BUP er rundt om i landet, både når det gjelder kapasitet til å behandle og tilgjen-

geligheten til den riktige fagkompetansen for å møte barnas behov.

Flere ledere trekker frem at det i dag er for stor variasjon i de økonomiske rammene til BUP i de ulike helseforetakene. Dette påvirker både hvor mange som kan få hjelp og hvilken kompetanse BUP har tilgjengelig. Noen ledere forteller om stram økonomi og dårligere kapasitet fordi sykehuset skal spare penger. En leder fortalte for eksempel at de ble pålagt å la ledige stillinger stå vakante fordi sykehusene skal spare penger til nybygg. Ledere forteller at det også er variasjon i hvordan innsatsstyrt finansiering forstås og kodes i den enkelte BUP. Dette har også betydning for hvilke aktiviteter BUP prioriterer. Alt i alt mener flere ledere at ulike økonomiske rammer fører til for stor variasjon i graden av tilgjengelighet.

Flere ledere sier at det er spesielt vanskelig å gi et godt og tilgjengelig tilbud til unge med komplekse og alvorlige psykiske lidelser. Behandling av disse lidelsene krever spesialisert kompetanse. Ledere forteller at mange med komplekse psykiske lidelser kan bli værende unødvendig lenge i en BUP som ikke har nødvendig spesialisert kompetanse. De mener disse barna og ungdommene risikerer å bli gradvis dårligere mens

de venter på riktig behandling. Manglende kapasitet på sengepostene er også en problematikk som trekkes frem. Dette fører til at barn og unge blir værende for lenge i et poliklinisk behandlingstilbud som de ikke har tilstrekkelig nytte av, og som kan føre til at de blir sykere mens de venter på plass i sengepost.

Tilgjengelighet handler også om at barn og unge skal ha et tilgjengelig tilbud på riktig omsorgsnivå. Flere ledere var opptatt av at ansvarsforholdet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten måtte tydeliggjøres. Ledere opplever at det er dels uklare forventninger knyttet til hvilke pasientgrupper kommuner/bydeler har ansvar for å behandle, og hvilke BUP har ansvaret for. Ledere mener det er store forskjeller i hvilke psykiske helseutfordringer hos barn og unge kommunene selv håndterer, og hva de henviser videre til BUP. Blir mange unge med milde og moderate psykiske plager henvist til BUP, påvirker det kapasiteten i BUP og begrenser dermed tilgjengeligheten til tjenesten for barn og unge med mer alvorlige psykiske plager.

Behandlere om tilgjengelige tjenester

«Det er vanskelig hvis du får inn pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg akkurat den behandlingen som det bestemte helseforetaket har spesialisert seg på.»

Når behandlere snakker om tilgjengelighet, snakker de blant annet om tilgjengelighet til riktig fagkompetanse for å kunne ivareta barns behandlingsbehov. Flere behandlere er bevisst på de faglige føringene som sier at behandlingstilbudet i størst mulig grad bør utformes i tråd med kunnskap om virkningsfulle metoder.³¹ Noen behandlere savner imidlertid en helhetlig kunnskapsutvikling i sin egen BUP, og de forteller at én enkelt behandler ikke er i stand til å tilby bredden i anbefalte tiltak. Flere sier også at de mangler oversikt over hva slags spisskompetanse kollegaer i egen BUP sitter på, og at det er vanskelig

å ha oversikt over hvilke behandlingstilbud som finnes utenfor sin egen BUP. De mener dette bidrar til at det kan være tilfeldig hvilke tilbud barn og unge får, og en konsekvens kan være at det blir vanskelig å tilby riktig hjelp. Flere behandlere uttrykker også bekymring for at mange familierapeutiske tiltak legges ned, noe som gjør det vanskeligere å få til gode endringsprosesser der barnets nærmeste er gode støttespillere.

I tillegg til at barn og unge skal ha tilgang til riktig behandling, handler tilgjengelighet om at hjelpen må komme til riktig tid. Enkelte BUP-er har laget spesialteam – for eksempel DBT-team (dialektisk atferdsterapi for ungdom med emosjonelle reguleringsvansker og/eller selvskading), OCD-team (tilbud for tvangslidelser), småbarnsteam og nevroteam. Behandlere forteller at det flere steder er lange interne ventelister for å få hjelp av disse spesialteamene. Barna har da mottatt et tilbud om behandling i BUP, men står på en intern venteliste mens de venter på at spesialteamene får frigjort kapasitet. Disse interne ventelistene over barn som venter på behandling, blir det ikke rapportert om til helsemyndighetene, og de vil ikke finnes i statistikk. På denne måten mener noen behandlere at mangelfulle tilbud og ventetid på behandling kamoufleres.

Noen behandlere har erfaring med at det er ulikt hva som skal til for å få tilbud om behandling i de forskjellige BUP-ene. Behandlerne forklarer at det kan skyldes hvor «firkantet» den enkelte BUP er ved vurdering av en henvisning. Flere behandlere sier at de vet om barn som burde få hjelp hos BUP, men som får avslag fordi henvisningen ikke har beskrevet symptomer som kvalifiserer for å komme inn i et pakkeforløp, eller ikke passer inn i beskrivelsene i prioriteringsveilederen. Eksempler på dette kan være henvisninger som beskriver mange uspesifiserte symptomer, eller henvisninger som hovedsakelig beskriver bekymringsfullt skolefravær. Behandlerne opplever at noen av disse henvisningene blir avvist, mens noen senere blir tatt inn igjen når henviser

i kommunen har justert henvisningen. Når slike saker blir sendt frem og tilbake mellom BUP og henviser, øker ventetiden for barnet, og situasjonen kan forverres. Behandlerne er bekymret for at dette gjør at barn ikke får god hjelp til riktig tid.

Tilpassede tjenester

Ledere om tilpassede tjenester

«BUP må styre etter hva som viser produksjonstall oppover i systemet. De er på ville veier når det er styringstilskuddet som avgjør hvordan faglighet og tilbud til barn og unge skal være. Det skaper stress i systemet og blant behandlere.»

Flere ledere opplever at det er mangel på kunnskap, både i sykehusledelsen og fra politisk hold, om hva arbeid med barn og unges psykiske helse krever av fleksibilitet. Noen barn og foreldre med lang reisevei har for eksempel ønsket flere utredninger og behandlinger samlet på halve eller hele dager for å redusere reisebelastningen, men også for å få bedre tid til å bli kjent med BUP i starten av behandlingsforløpet. Dette ønsket er det vanskelig for BUP å imøtekomme. Flere ledere mener grunnen er at det er vanskeligere for BUP å få økonomisk uttelling om de organiserer møter på denne måten, fordi kodesystemene ikke fanger opp at det er flere behandlere i aktivitet samtidig. Utfordringen ligger i hvordan kodene kobles til takster, og at det ligger koderegler som er begrensende – blant annet at ved flere tiltak per dag slås de sammen, og gir bare penger for ett tiltak. Enkeltkonsultasjoner spredt på ulike dager, med én og én behandler, gir dermed bedre økonomisk uttelling for BUP, men vil være dårligere tilpasset barnets behov. Flere BUP-er velger derfor å gjøre flere enkeltkonsultasjoner, noe som medfører større fravær på skole for barn og unge og fravær på jobb for foreldre.

Et annet eksempel som dukker opp, er manglende mulighet til å tilby ambulante tjenester. Noen ledere peker på at dette kommer av stort

arbeidspress på behandlere, og at det ikke er kapasitet til å reise ut. Andre sier de ikke får godtgjort reisetiden gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) og derfor taper inntekt av å reise mye ut. Samtidig sier enkelte ledere at de har vært opptatt av å tilpasse tjenesten bedre til barn og unges særskilte behov, og at de mener at mange pasienter får et bedre tilbud i dag enn tidligere.

«Vi jobber med barn i utvikling [...] Det er ingen quick-fix, og det er få som klarer seg med ti timer.»

Mange ledere mener pakkeforløpene jevnt over bidrar til økt kvalitet, men at fleksibiliteten kan bli skadelidende. Det blir trukket frem at pakkeforløpene kan bidra til bedre struktur, krav til faglige drøftinger, bedre tverrfaglighet, tettere samarbeid med pasient og foreldre og systematiske evalueringspunkter. Noen sier også at pakkeforløpene fører til at behandlere blir flinkere til å ramme inn saker og vite når de skal avsluttes, og dermed øke pasientgjennomstrømningen. Flere opplever imidlertid at pakkeforløpene ikke tar høyde for at arbeid med barn og unge i større grad krever arbeid med for eksempel familien, søsken og skolen enn det som kreves i somatikken eller i arbeid med voksne i psykisk helsevern. Spesielt gjelder dette i saker der barn har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Flere ledere mener også at fristene som skisseres i pakkeforløpene, er for korte, urealistiske og ikke tilpasset barns behov. For eksempel tar ikke tidsfristene tilstrekkelig høyde for at relasjonsbygging er helt nødvendig for at et barn skal åpne seg om sine vansker, og at de skal få gjennomført en god utredning og behandling. Noen mener at pakkeforløpene gir en dreining mot et mer høyregulert forløp, preget av skjemaer for utredninger og formelle diagnostiseringsprosedyrer. De mener barnet blir objektivisert og tilbys skjematisk behandling som har vist seg effektiv på gruppenivå, men mindre tid og rom for individuelle tilpasninger i behandlingen. Pakkeforløpene gir

også mindre rom for å arbeide med de viktige støtteaktørene i barnets liv, mener noen ledere.

Behandlere om tilpassede tjenester

«Det å undersøke hvordan barnet egentlig har det hjemme, ta kontakt med skolen, observere, drøfte blir borte. 'Slow thinking' blir borte. Å handle på automatikk får enorme faglige konsekvenser.»

Mange behandlere mener at dagens rammer ikke gir tilstrekkelig rom for fleksibilitet i arbeidet. De opplever økt arbeidspress med større krav til raskere pasientgjennomstrømning og mer administrasjon, som går på bekostning av muligheten til å tilpasse behandlingen til den enkeltes behov. Noen trekker også frem pakkeforløpene. Flere behandlere opplever at pakkeforløpene kan bidra til at utredningen går for raskt, og at det settes en diagnose for tidlig. De opplever at fristen for å sette diagnose kan gå på bekostning av muligheten til å bli kjent med barnet og dets interesser, styrker og nettverk, som familie og venner. Flere behandlere legger også vekt på at det ofte tar tid å avdekke vansker som har rot i for eksempel vanskelige familieforhold, traumatiske opplevelser og andre skambelagte tema. Når barnet har slike sammensatte vansker eller alvorlige diagnoser, mener noen behandlere at dagens BUP ikke gir rom til å gi barna og ungdommene et godt tilpasset tilbud.

«Fragmenteringen av helsetilbudet til barn er noe av det mest alvorlige som skjer i dag. Vi har strukturer som overføres fra sosialmatikken som ikke er brukbare for barn.»

I mange tilfeller opplever behandlere at hensynet til økonomi går foran hensynet til barnet, når det gis et tilbud om behandling. For barnet kan det ofte være mest hensiktsmessig med ambulante tjenester, der de får behandling andre steder enn på kontoret, for eksempel hjemme, på skolen, på

kjøretur eller gåtur. Mange behandlere sier at de ikke kan imøtekomme dette behovet. Flere forteller at de føler seg presset til å gi behandling på kontoret fordi de har fått beskjed om at dette gir mest inntjening for klinikken. Andre forteller at de ikke har kapasitet til å arbeide på den måten, om de samtidig skal klare å overholde ventetidsgarantien. Noen behandlere forteller at de kan tilpasse behandlingsarenaen til barnets behov, at ambulant arbeid utenfor kontoret er satt i system, og at de har stor grad av frihet til å definere rammen for behandling. Dette opplever mange som viktig for sin faglige integritet og ikke minst for opplevelsen av et behandlingstilbud som setter barnet i sentrum.

Opplevd faglig kvalitet

Opplevd faglig kvalitet handler om i hvilken grad ledere og behandlere mener de kan gi et tilbud til barn og unge av god faglig kvalitet. Det handler om utøvelse av faglig skjønn, men også ivaretagelse av barn og unges sentrale rettigheter slik de kommer frem av lov, forskrift, veiledere og faglige føringer. Lederes og behandleres svar blir her behandlet sammen, fordi de utfyller hverandre gjennom informasjonen de gav.

Alle ledere og behandlere vi har snakket med, har vist et stort engasjement for barn og unge, og for fagfeltet sitt. Flere opplever at det til tross for utfordringer er meningsfullt å få bidra til å styre tjenesten i riktig retning. Både ledere og behandlere sier det har skjedd viktig fagutvikling og stor kompetanseutvikling de siste 10–20 årene, og at mange får et bedre tilbud nå enn tidligere. Selv om de fleste opplever mer struktur og styring av arbeidet i BUP som positivt, er det flere som opplever at økte krav til koding, rapportering og dokumentasjon kan gå ut over fleksibiliteten og den faglige kvaliteten på tilbudet til barn og unge.

«Nå føler jeg at det går på bekostning av det faglige når vi må begynne å lage egne

kriterier for utskrivning når vi vet at barna ikke er friske.»

Både ledere og behandlere opplever at de gjennom de siste årene i BUP har vært nødt til å skrive ut barn og unge før de er ferdig behandlet for sin psykiske lidelse. Noen behandlere opplever dette som et resultat av et press fra sykehusledelsen om å få ned ventelistene. Flere ledere sier at de får tydelig beskjed om de skal bidra til en bedre og mer effektiv «gjennomstrømning» av pasienter i BUP. Mange opplever at den faglige kvaliteten svekkes av dette.

Flere ledere og behandlere, som har arbeidet lenge i BUP, forteller at det er flere barn og unge som i dag tas inn med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser enn tidligere. Dette er barn som kan ha flere diagnoser og som både krever at behandleren har tid, fleksibilitet og høy og sammensatt kompetanse. Disse barna mottar ofte tjenester også fra andre instanser enn BUP og har behov for et kontinuerlig samarbeid mellom tjenestene. Behandlere sier at det kan være en utfordring å gi disse barna det spesialiserte behandlingstilbudet de trenger, ettersom BUP ikke alltid klarer å beholde eller rekruttere nok psykologspesialister og barnepsykiatere. Mange ledere forklarer dette med at flere erfarne spesialister er frustrerte over arbeidsforholdene etter økte krav til administrative oppgaver og slutter av den grunn. Det tar også veldig lang tid å utdanne nye spesialister lokalt i den enkelte BUP. Dette fører til at de som allerede er spesialister, bruker mye tid på å lære opp nye og mindre tid på behandling. Dette kan noen ganger føre til at unge og mindre erfarne behandlere blir nødt til å ta vanskelige saker de ikke har kompetanse til å håndtere, uten at det er satt av tid til

nødvendig kollegastøtte fra mer erfarne spesialister. Dette er en utfordring som mange av BUP-ene vi har besøkt, har tatt opp. Både behandlere og ledere opplever at de i mange tilfeller ikke er i stand til å oppfylle det de mener er deres forpliktelser etter både lovverk og faglige føringer.

«De fleste behandlingsforløpene som er forsket på, har for eksempel en modell med to behandlingsmøter i uka. Virkeligheten i dag er at behandlingen på det meste kan skje hver 14. dag. Behandlingen blir ikke potent og dermed får man ikke det resultatet som evidensen tilsier.»

Flere steder opplever behandlere å ha gode muligheter til å tilby tjenester av god faglig kvalitet. Likevel er det mange som opplever flere typer begrensninger som påvirker kvaliteten i negativ retning. Som vi har beskrevet tidligere, er flere behandlere for eksempel bekymret for at de ikke får gitt barn og unge tilstrekkelig med tid i behandlingen. Dette kan både handle om at behandlingen ikke varer lenge nok til at barna blir friske, og at behandlingsmøtene ikke er hyppige nok til å gi ønsket effekt. Som eksempel, vist i sitatet ovenfor, trekkes det frem at det brukes metoder som har vist god effekt ved behandling to ganger i uken, mens det i BUP kun er kapasitet til behandling en gang i uken eller hver 14. dag. Behandlere opplever dermed at de ikke har rammer til å jobbe på den måten behandlingsmetoden tilsier, og som er det barn trenger for å bli friske. På den måten opplever de at de ikke møter kravene til å jobbe kunnskapsbasert, slik de faglige føringene tilsier. Det var stor variasjon i hvilken grad behandlere opplevde at kunnskapsbaserte metoder var satt i system i egen BUP.

5. Praksis ved vurdering af henvisninger og behandling af klager



God saksbehandlingspraksis ved vurdering av henvisninger og behandling av klager er viktig for å sikre at barn og unges rettigheter blir ivare tatt. For å få informasjon om praksis ved vurderinger av henvisninger, avslag og eventuelle klager snakket vi med behandlere og ledere i BUP om vurderinger av henvisninger, og med foreldre som har opplevd at deres barn først har fått avslag på henvisning, og prosessen ved eventuell klage på vedtak. Vi innhentet også skriftlig informasjon om vanlige begrunnelser for avslag på henvisninger, antall klager og antall medhold i klager, fra helseforetak og fylkesmenn. I tillegg gjennomgikk vi tilsynsrapporter og revisjoner av psykisk helsevern for barn og unge som er gjennomført de siste årene, for å få ytterligere informasjon om praksis ved vurderinger av henvisninger og klagebehandling (se kapittel 1).

Praksis ved vurdering av henvisning og begrunnelser for eventuelt avslag

Når BUP mottar en henvisning til psykisk helsevern, gjør de en vurdering på bakgrunn av informasjon i henvisningen og i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen. Helsetilsynet skriver at god saksbehandlingspraksis tilsier at BUP må sørge for at saken er godt opplyst før vedtak treffes.⁴⁰

Flere av foreldrene vi snakket med, hadde erfaring med at henvisninger ble avslått på mangelfullt og etter deres vurdering feil grunnlag. Et eksempel var en inntaksleder som avslø en henvisning på bakgrunn av noen elementer i henvisningen som var tolket feil og tatt ut av kontekst, uten at dette var forsøkt avklart med henvisende lege eller i samarbeid med familie eller andre med relevant kunnskap om barnet. Andre foreldre forteller at fastlegen ikke hadde gitt tilstrekkelig informasjon, og at BUP ikke innhentet mer informasjon før det ble gitt avslag. Noen henvisninger ble sendt i retur til henviseren, hvor det ble bedt om utfyllende opplysninger, men uten at inntaksleder i BUP snakket med henviseren. Noen av barna hadde ennå ikke mottatt

tilbud om behandling da denne rapporten ble skrevet, mens andre foreldre hadde opplevd at barnet etter en tid fikk tilbud om behandling etter en ny vurdering av ny henvisning. Denne prosessen tok flere år i de mest komplekse sakene. Behandlere vi snakket med i prosjektet, tegnet et tilsvarende bilde og bekreftet at praksis ved vurdering av henvisninger varierte (se kapittel 4).

To av RHF-ene klarte ikke å fremskaffe informasjon vi etterspurte innen fristen vi hadde gitt. Informasjonen vi fikk fra de to resterende RHF-ene, var svært begrenset og lite systematisert. Av det begrensede materialet vi fikk, så vi at det var ulik praksis for hvorvidt det ble innhentet ytterligere informasjon ved vurderinger av henvisninger i BUP, der det var nødvendig. Selv innenfor samme helseforetak var det ulik praksis. Ved noen BUP-er ble det gitt avslag fordi henvisningen manglet vedlegg, mens andre ga avslag fordi henvisningen var utydelig. Andre BUP-er hadde derimot rutiner for å avklare mangelfulle henvisninger i vurderingsmøter med barn, foreldre og henviser og eventuelt andre i kommunen/bydelen med relevant kunnskap om barnet. BUP Nordhordland gjennomførte eksempelvis våren 2020 et prosjekt hvor alle vurderinger av henvisning ble fulgt av en samtale med barnet selv og foreldrene, samt henviseren og eventuelt andre, med informasjon om barnets fungering i kommunen.⁴³ Dette prosjektet førte ikke til lavere avslagsprosent, men ga gode brukeropplevelser og førte til at inntaksteamene ble tryggere på sine vurderinger. Vårt materiale viser også at tidagersfristen for vurdering av henvisningen og barnets hjelpebehov⁴⁴ er en faktor som kan bidra til at det gis avslag. Dette ser ut til å gjelde henvisninger som er svært mangelfulle og hvor BUP må innhente mer informasjon, noe som ofte tar mer enn ti dager. Da avvises saken for å imøtekomme vurderingsfristen, for så å vurdere en ny henvisning innen ti dager.

Flere kilder bekrefter og utdyper den informasjonen vi har funnet om ulik praksis ved behandling av henvisninger. Konsernrevisjonen

i Helse Sør-Øst gjennomførte en revisjon av Akershus Universitetssykehus i 2018, der de så på psykisk helsevern for barn og unge.³⁹ Konsernrevisjonen avdekket at et stort flertall av avslagene på henvisninger til BUP (15 av 24) hadde mangelfull begrunnelse, og at det var stor variasjon i hvilke kriterier som var vektlagt i vurderingene.³⁹ Revisjonen fant også store forskjeller i BUP-enes praksis ved vurdering av henvisninger, blant annet at retningslinjene i prioriteringsveilederen ble håndtert ulikt av BUP-ene i samme helseforetak ved vurderinger av henvisninger. Det varierte også hvorvidt spesialister var med i vurderingen av henvisninger. I noen tilfeller ble henvisningen vurdert av en leder med spesialistkompetanse, i andre tilfeller ikke.³⁹

Helsetilsynet fører tilsyn med om tjenestene som gis, er forsvarlige med utgangspunkt i lover og forskrifter. Ved det siste landsomfattende tilsynet med BUP i 2013 og 2014 undersøkte de om spesialisthelsetjenesten sikrer at barn og unge får forsvarlig psykisk helsehjelp. Det ble også her avdekket blant annet svikt knyttet til håndteringen av henvisninger. Helsetilsynet fant at hos BUP-er med betydelig antall fristbrudd for vurdering av henvisninger skyldtes det mangelfulle henvisninger og mangelfullt utredningsarbeid fra førstelinjetjenesten.⁴⁰

Antall klager på avslag og omgjøringsprosent

Antallet klager på avslag på behandling i BUP, i de 7 av 19 helseforetakene vi fikk informasjon fra, var til sammen 79 i 2019. Vi har ikke ut fra vårt materiale noe grunnlag for å si noe om antall klager er høyt eller lavt sett opp mot antall henvisninger og avslag. Det ble gitt medhold i 59 av klagesakene, altså en relativt høy omgjøringsprosent.

Informasjonen vi fikk fra helseforetakene, tyder på at det ikke finnes felles prosedyrer for registrering og behandling av klagesaker. Dette gjør at det er vanskelig å hente ut systematisk informasjon om antallet klager på brudd på gitte rettigheter og utfallet av klagen. Heller ikke helseforetak som er underlagt samme regionale

helseforetak, synes å ha felles prosedyrer. Helse Midt opplyser om at de «ser av svarene fra BUP-ene at klager på avslag ved henvisning håndteres og registreres forskjellig av helseforetakene i regionen». Helse Midt kunne dermed ikke gi oss informasjonen vi etterspurte, noe de beklaget, og skrev at dette var et område de skulle følge opp i lederlinjen. Dette betyr at også når det gjelder klagebehandling, er det vanskelig for Barneombudet å få tilgang til systematisk informasjon om antall klager og omgjøringsprosent etter klage.

Heller ikke hos fylkesmennene fant vi at det var mulig å innhente en systematisk oversikt over antall klager eller utfall av dem. Fylkesmannen i Oslo og Viken svarte at de verken hadde tid eller arkivtekniske muligheter til å behandle vår forespørsel. Ni av elleve fylkesmannsbeholdere svarte på vår henvendelse, men vi fikk bare informasjon om tre klager på rett til helsehjelp fra 2018 (data fra 2019 var ikke tilgjengelig på undersøkelsestidspunktet).⁴⁵ Av disse ble ett vedtak omgjort.

Dette begrensede materialet forteller oss at selv om klager er registrert, synes det å være komplisert å hente ut systematisk informasjon som kan gi grunnlag for å si noe om det totale antallet klager, vurdere utvikling over tid eller for overvåkingsorganer å vurdere i hvilken grad barn og unges rettigheter blir tilstrekkelig ivaretatt.



6. Utfordringer og anbefalinger



Gjennom dette prosjektet har vi møtt ungdom og foreldre med både gode og dårlige erfaringer med BUP. Vi har også møtt ledere og behandlere som er svært engasjerte og finner stor mening i å jobbe til barns beste. Mange av fagfolkene mener også at barn og unge har et bedre tilbud i dag enn for 20 år siden. Flertallet av de ungdommene og foreldrene vi har møtt, tegner likevel et bilde preget av flere utfordringer. Mange av de samme utfordringene er også godt beskrevet i kunnskapsoppsummeringer, tilsyn og revisjoner de siste tiårene.^{5, 6, 9, 39, 40, 46} Barneombudet ser alvorlig på at funnene derfra ikke er tilstrekkelig fulgt opp, og at vi finner de samme utfordringene i 2020.

I dette kapitlet diskuterer vi våre funn i lys av barns rettigheter og krav til kvalitet slik det er beskrevet i FNs barnekonvensjon, lovverk og offentlige føringer til BUP. Avsnittene avsluttes med Barneombudets anbefalinger, som vi håper vil bidra til en bedre psykisk helsetjeneste til barn og unge.

Tilgjengelige tjenester

Det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor.³¹ Dette er viktig for å sikre barnets rett til høyest oppnåelig helsestandard og optimal utvikling, slik det er beskrevet i artikkel 24 og 6 i barnekonvensjonen. Ethvert mål om å gi barn gode tjenester må forankres i barnekonvensjonen artikkel 3 om barnets beste. Målet må alltid være å sikre at det tilbudet vi gir barn tar utgangspunkt i deres behov.

Ulik praksis ved vurderinger av henvisninger og behandling av klager

Ut fra de tilsynelatende ulike rutinene i arbeidet med vurdering av henvisninger, og den manglende systematiske oversikten over klager og utfallet av dem, mener vi det er grunn til å se nærmere på om barn og unge som blir henvist til BUP, har god nok rettssikkerhet. Manglende rutiner og systematikk svekker muligheten til å foreta gode analyser av barnets situasjon og behov for hjelp, men det vanskeliggjør også helseforetakets arbeid med å sikre kvalitet og likeverdighet i tjenesten.

Flere av henvisningene til BUP ble avslått fordi henvisningen var for utydelig eller ikke ga god nok informasjon. Henvisninger ble også avslått fordi BUP ikke rakk å innhente nødvendig informasjon innen tidagersfristen. Barneombudet ser at mangelfulle henvisninger og manglende rutiner for innhenting av nødvendig informasjon for å kunne vurdere henvisningen kan føre til at ventetiden blir unødig lang for en del barn. Enten ved forlenget saksbehandlingstid som følge av avslag, ny henvisning eller klage. Det kan synes som førstelinjen har utfordringer med å lage gode henvisninger. Kommunen må sørge for at nødvendig informasjon følger barnet i en henvisningsprosess. Helsetilsynet slår imidlertid fast at henvisninger som er mangelfulle, ikke kan returneres til henvisende instans uten vurdering fra BUP. Helsetilsynet påpeker også at god praksis kjennetegnes av at det er rutiner for å skaffe tilstrekkelig vurderingsgrunnlag og avklare hvem som har ansvaret for dette. Dette kan være tidkrevende, og poliklinikkens ledelse må følge opp slik at vurderingsfristen holdes. Mangelfulle henvisninger skal ikke gå ut over pasientens rett til å bli vurdert innen fristen, ifølge Helsetilsynet.⁴⁰ Barneombudet ser alvorlig på at det er ulik saksbehandlingspraksis på tvers av BUP-er, hvor noen har rutiner for innhenting av nødvendig

informasjon og andre ikke. Mangelfull saksbehandling kan føre til at barn som skulle hatt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, ikke får det. Dette fører til at barn og unge ikke får tilgang til likeverdig hjelp. Vi er også bekymret for at tiddagersfristen, som er ment å bidra til rask helsehjelp, i praksis kan bidra til økt saksbehandlingstid ved at avslag og ny henvisning velges som strategi fremfor innhenting av nødvendig informasjon.

Det er en nasjonal faglig anbefaling at henvisninger skal vurderes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å sikre forsvarlig saksbehandling.⁴¹ Dette gjøres for å sikre kravet til forsvarlighet. Likevel viser konsernrevisjonen av Akershus universitetssykehus at det varierer hvorvidt henvisninger blir behandlet av spesialister.³⁹ Barneombudet mener det er mye som taler for at dette kravet bør bli enda tydeligere, slik at henvisninger alltid vurderes av spesialist. Dersom spesialist ikke er med i vurderingen kan det medføre en risiko for at ikke alle forhold ved barnets helsetilstand blir tilstrekkelig vektlagt.

Utfordringene med ulik saksbehandlingspraksis på tvers av BUP-ene ved vurdering av henvisninger kan forsterkes av at det i tillegg mangler systematisk oversikt over antall klager og utfallet av dem. I den begrensede oversikten vi fikk over klager på brudd på retten til helsehjelp, fant vi en høy omgjøringsprosent. Høy omgjøringsprosent ved klager kan være en indikasjon på at sakene er for dårlig opplyst før det fattes vedtak om avslag. Svært få av helseforetakene og ingen av fylkesmannsembetene vi fikk svar fra, hadde imidlertid systematisk oversikt over hvor mange klager de mottar og utfallet av disse. Å få oversikt over praksis i eget helseforetak vil derfor være svært vanskelig, noe som igjen vil gjøre kvalitetsarbeid i helseforetakene utfordrende.

Slik vi vurderer det, mangler myndighetene her et viktig styringsverktøy. Informasjon om antall henvisninger som blir avslått, antall klager og omgjøringsprosent er viktig informasjon

for myndighetene for å kunne vurdere hvordan prioriteringsforskriften blir fulgt innad i og på tvers av helseforetakene. Det er derfor viktig at det innføres rutiner og systematikk for å føre en slik oversikt. Uten dette er det også vanskelig for tilsynsmyndigheter og overvåkingsorganer å innhente informasjon for å vurdere om barn og unge får sine rettigheter oppfylt. Barneombudet mener det bør gis nasjonale føringer for hvordan helseforetakene og fylkesmannsembetene skal føre en slik systematisk oversikt.

Informasjon er en viktig forutsetning for at barn og foresatte skal kunne nyttiggjøre seg av retten til å klage dersom de opplever brudd på rettigheter. Det fremgår tydelig i pasient- og brukerrettighetsloven at barnet, uansett alder, har krav på informasjon for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Informasjonen skal være tilpasset alder og andre forutsetninger.²⁹ Ungdommer og foreldre gav uttrykk for at de i liten eller ingen grad opplever å ha fått informasjon om rettigheter og klageadgang. I den grad slik informasjon er gitt til ungdommene og foreldrene vi har snakket med, kan det se ut som om den ikke har blitt oppfattet eller forstått. Vi innhentet et standard inntaks- og avslagsbrev fra BUP og mener at de ikke er egnet til å informere barn og foreldre om rettigheter. Vi fikk opplyst at brevene hadde denne formen og innholdet fordi det tekniske systemet (DIPS) ikke tillot endringer i standardmalen. Det var ikke anledning til å ta informasjon ut eller tilpasse innholdet målgruppen.

FNs barnerettighetskomité understreker at det er helt avgjørende at staten får på plass tilgjengelige klagemekanismer for barn som behandler eventuelle brudd på deres rett til helse.⁴⁷ I Norge har vi slike klagemekanismer, men dersom barn og foreldre ikke har god nok, eller forståelig, informasjon om de mulighetene de har, blir det vanskelig for dem å få tilgang til de klagemekanismene som finnes. Barneombudet har grunn til å tro at informasjonen til barn og unge, om deres rettigheter ved inntak

og eventuelt avslag på henvisning, i svært liten grad er tilpasset deres alder og forutsetninger.

I tillegg mener Barneombudet at internkontrollen med egen praksis i BUP ikke er god nok. Utover det vi har vist til i rapporten, har vi ikke klart å finne revisjoner av ivaretagelsen av barn og unges rettigheter i psykisk helsevern ved helseforetak de senere årene. Internkontroll er et viktig virkemiddel for å sikre at rettigheter oppfylles. Barneombudet mener derfor det er behov for at flere helseforetak gjennomfører konsernrevisjoner av psykisk helsevern for barn og unge, og at disse brukes til å sikre at barns rettigheter oppfylles bedre enn i dag.



Anbefalinger:

- Helse- og omsorgsdepartementet bør sikre gjennom lov eller forskrift at henvisninger blir vurdert av ledere i BUP med spesialistkompetanse.
- Helsedirektoratet må sikre forsvarlige rutiner som bidrar til lik saksbehandlingspraksis ved vurderinger av henvisninger, slik at BUP innhenter nødvendig informasjon før det fattes vedtak.
- Helsedirektoratet må sikre regional og nasjonal oversikt over antall avslag på henvisninger, antall klager på avslag, og omgjøringsprosent.
- Helseforetakene må sørge for at informasjon om barn og unges rettigheter i psykisk helsevern er tilpasset målgruppen. Dette arbeidet må skje i samarbeid med barn og unge.
- Helseforetakene bør gjennomføre konsernrevisjoner med særskilt søkelys på ivaretagelsen av barn og unges rettigheter i psykisk helsevern. Avvik må følges opp med konkrete tiltak og evalueringer.

Barn og unge har behov for rask hjelp

Ungdommene og foreldrene fortalte at det ofte tok lang tid fra problemene oppstod, til de fikk

hjelp. Vansker og problemer blir ofte verre for barna i ventetiden, og noen utvikler tilleggsp problemer mens de venter. Flere foreldre fortalte at den lange ventetiden førte til at barnets sykdomsuttrykk var annerledes da de fikk tilgang til behandling hos BUP enn da de ble henvist. Barne- og ungdomstiden er preget av flere og hyppigere utviklingsoppgaver enn voksne har, og psykiske vansker kan forstyrre normale utviklingsoppgaver i for eksempel skolen, i relasjon til jevnaldrende og til familiemedlemmer. Dette gjør at barn og unge i større grad enn voksne har behov for rask hjelp for at deres rett til optimal utvikling skal ivaretas.⁴⁸ Slik Barneombudet vurderer det, ser det ut til at den psykiske helsetjenesten i dag ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for å ivareta barnas særskilte behov for rask psykisk helsehjelp.

I 2019 var gjennomsnittlig ventetid fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten, til helsehjelpen har startet i BUP, 42,4 dager for hele landet. Det er imidlertid stor variasjon i gjennomsnittlig ventetid i de ulike helseregionene, fra gjennomsnittlig ventetid på 33,5 dager i Helse Vest til 52,4 dager i Helse Midt-Norge.⁴⁹ Den store variasjonen er problematisk og viser at det ikke er likeverdig tilgang til tjenester for barn og unge i Norge. I tillegg vet vi, ut fra det ungdommene og foreldrene har fortalt oss, at mange barn har hatt vansker i mange år før det kommer en henvisning til BUP. Regjeringens mål er at den gjennomsnittlige ventetiden innen psykisk helse for barn og unge skal være under 35 dager.⁵⁰ Barneombudet støtter målet om å redusere ventetiden for barn og unge. For et barn eller en ungdom som har vansker med å fungere i hverdagen og i skolen, er det svært belastende å sitte hjemme i over en måned uten tilgang til riktig oppfølging. Samtidig er vi bekymret for at krav om kortere ventetid kan gå på bekostning av kvaliteten i tjenesten til barn og unge. En konsekvens av kortere ventetid vil kunne være et krav til raskere pasientforløp, med mindre kapasiteten samtidig bygges opp. Barneombudet er opptatt av at kortere ventetid og økt kapasitet

tet må sees i sammenheng for å ivareta barnets beste.

Behovet for rask psykisk helsehjelp gjelder ikke minst barn med komplekse tilstander. I dette prosjektet fikk Barneombudet innblikk i en praktisering av «interne ventelister». Dette er en praksis hvor barn og unge har mottatt et tilbud om behandling i BUP, men hvor de er på en intern venteliste i påvente av at riktig kompetanse for deres hjelpebehov i den aktuelle BUP-en skal ha ledig kapasitet. Dette kan for eksempel være barn som må vente lenge på en nevropsykologisk utredning, fordi den som har den aktuelle fagkompetansen, ikke har tilgjengelig kapasitet. Dette vil føre til forsinkelser i forståelsen av barnets vansker og forsinket behandling, noe som kan forverre barnets tilstand. Praksisen er lite dokumentert, ettersom det ikke rapporteres om dette til myndighetene. Disse barna venter fortsatt på utredning og behandling for sine lidelser, men vil ikke dukke opp på helseforetakets statistikk over ventetid. Barneombudet er bekymret for om de store behovene for utredning og behandling for komplekse tilstander blir skjult gjennom denne praksisen. Vi mener det er alvorlig at de som kanskje har størst hjelpebehov, er de som rammes av dette og må vente opptil flere måneder lenger før de får riktig hjelp. Mange av dem det gjelder, har alvorlige psykiske lidelser hvor tidlig intervensjon er særdeles viktig.⁵¹



Anbefalinger:

- Regjeringen må sørge for at ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge går ned over hele landet. Dette må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenesten og må følges opp med økt kapasitet i tjenesten for å ivareta barnets beste.
- Helsedirektoratet bør sørge for at praksisen med interne ventelister blir synlig i statistikken over ventetid.

Et tilbud tilpasset barn og unges behov

Regjeringens mål er å lage «pasientens helse-tjeneste», der behandlingen skal ivareta barn og foreldres ønsker og behov.⁵² For barn og unge innebærer det at tjenestene må tilpasse seg det enkelte barns særskilte behov, forutsetninger, øvrige livssituasjon og ønsker. Å jobbe med barn og unge krever stor grad av fleksibilitet, fordi hvert enkelt barn kan ha svært ulike behov. Selv om diagnosene kan være felles, vil det være stort behov for individuelt tilpassede behandlingsforløp for at barn og unge skal ha nytte av behandlingen.

Rammer som begrenser fleksibiliteten

I dette prosjektet har vi sett at både barn, foreldre, behandlere og ledere opplever at tjenestene i dag ikke i tilstrekkelig grad klarer å tilpasse hjelpen til det enkelte barns livssituasjon og behov. Flere av ungdommene Barneombudet snakket med, uttrykte behov for mer individuelt tilpassede behandlingstimer, både i varighet, hyppighet, tid og sted. En medlemsundersøkelse av Norsk Psykologforening i 2019 støtter langt på vei dette.⁵³ De fant at om lag 50 prosent av psykologene mener at mange av deres pasienter ikke får hyppig nok behandling. 25 prosent opplever at de ikke får gitt timer ofte nok til at de kan kalle det god behandling.⁵³

Ungdommene vi snakket med, trakk frem hvor viktig det var å ha en god og tillitsfull relasjon til behandleren. Var ikke relasjonen god, var det vanskeligere å åpne seg for behandleren og komme til kjernen av problemene. God relasjon til behandler er dermed en forutsetning for virksom behandling. Å bygge en slik relasjon tar tid. Våre funn samsvarer godt med undersøkelsene Forandringsfabrikken,⁵⁴ Voksne for barn⁵⁵ og Min stemme teller⁵⁶ har gjennomført, der barn og unge trekker frem betydningen av god relasjon til behandlere og hvor viktig det er at behandlere bruker god tid til å bli kjent. Det er dermed helt sentralt at BUP har rammer som tar opp i seg

barns særskilte behov for tid til å bygge en slik relasjon. Utrygg relasjon til behandler kan gå ut over ungdommens behandlingsmotivasjon. På den måten vil utbytte av behandlingen blir dårligere, og det kan føre til at barna ikke får den hjelpen de har behov for og rett til. Noen kan også oppleve at deres vansker blir verre.

Ungdommene uttrykte også behov for å møte behandleren andre steder enn på kontoret. I hovedsak handlet dette om at det for mange av dem var utfordrende å åpne seg opp om vanskelige temaer de ikke har utviklet et godt språk for, til en fremmed i en kunstig situasjon på et kontor. Samtalebehandling, som er den dominerende behandlingsmetoden i BUP, kan være en vanskelig kommunikasjonsform for mange barn og unge. For at de skal kunne nyttiggjøre seg behandlingen, må behandlerne legge til rette for at barn og unge kan delta på egne premisser. Ledere og behandlere vi snakket med, bekreftet at det sjelden var rom for å tilpasse behandlingstidene til barnas individuelle behov når det gjaldt varighet og hyppighet på timene, eller hvor og når behandlingen skulle finne sted. Barneombudet mener at dette vitner om at BUP ikke er godt nok tilpasset barn og unges særskilte behov for fleksible tjenester. Historisk sett er BUP bygget på samme modell som voksenpsykiatrien. Voksne kan i en helt annen grad enn barn nyttiggjøre seg av tradisjonell samtaleterapi innenfor en gitt tidsramme på et kontor. Våre funn, hvor barn opplever å gå inn i et system som ikke passer, tyder på at vi ikke har kommet i mål med å utvikle en modell for behandling som bygger på barns beste.

Manglende tilpasning kan også gå ut over andre viktige områder i ungdommens liv, som tap av skolegang. Svært få ungdommer vi snakket med, fortalte at BUP tilpasset behandlingstidene til for eksempel timeplanen på skolen, tok hensyn til lang reisevei eller til at de hadde fått mye fravær i enkeltfag på skolen på grunn av behandlingen. Tap av skolegang er svært alvorlig og vil kunne få store konsekvenser på sikt. Faren for

å henge etter faglig er stor, og i verste fall vil dette føre til vanskeligheter med utdanning og jobb senere i livet.⁵⁷ Det kan også ha negative følger for barnets personlige og sosiale læring og utvikling. Barn og ungdom som går glipp av mye skole på grunn av psykiske vansker, går også glipp av viktige sosiale opplevelser sammen med andre elever.⁵⁷ Bekymringen for tap av skolegang deles også av andre som har snakket med barn og unge i BUP.⁵⁶

Det er i utgangspunktet et ledelsesansvar å legge til rette for at behandlere kan tilby faglig gode tjenester til barnets beste. Samtidig mener vi det er grunn til å se nærmere på om finansieringsmodellen for BUP (ISF) og helseforetakenes økonomiske prioriteringer legger begrensninger for tjenestens fleksibilitet. Flexibilitet i behandlingen av barn og unge tar tid, og det er viktig at ikke finansieringsmodellen og økonomiske prioriteringer er til hinder for å gi best mulig behandling.

Utover at en viss andel av finansieringen til BUP skal være innsatsstyrt (ca. 20 prosent), står helseforetaket for den øvrige rammen. Regjeringen har innført en regel om at det skal være større vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikken («den gyldne regel»)⁵⁸ Undersøkelser gjort av Dagens Medisin viser at i 2018 hadde ingen av de regionale helseforetakene klart å få dette til.⁵⁹ Slike prioriteringer har stor betydning for kapasiteten i BUP og muligheten til å gi et tilbud som er godt tilpasset til barn og unges behov.

Ambulante tjenester blir av regjeringen trukket frem som et viktig virkemiddel for å sikre at barn og unge med psykiske helseplager skal få tilbud på riktig nivå til riktig tid.¹² Ambulant virksomhet gir tjenesten større fleksibilitet og mulighet til å tilpasse seg barnets behov og ønsker. Våre funn i rapporten viser at det er veldig varierende om de ulike BUP-ene arbeider ambulant. Barneombudet mener at variasjonen i utdrettet eller ambulant tjenesteyting i de ulike helseforetakene er uheldig. Når enkelte helseforetak

bygger ned ambulante tjenester, peker ledere og behandlere på at BUPs finansieringsmodell, med koder for aktivitet som knyttes til ulike takster, kan gå på bekostning av muligheten til å tilpasse behandlingen til den enkeltes behov. Det er derfor viktig at myndighetene undersøker om finansieringsmodellen svekker barns mulighet til fleksibel behandling.

Ledere og behandlere pekte også på at noe av årsaken til manglende fleksibilitet kan handle om stadige økte krav til rapporteringer som følge av innføring av nye kvalitetstiltak, og samtidige krav til raskere og flere pasientforløp. De nylig innførte pakkeforløpene for psykisk helse er et eksempel på et slikt kvalitetstiltak. Ledere og behandlere opplever ofte et press mellom kvalitet og kvantitet som stjeler tid og oppmerksomhet, og som begrenser fleksibiliteten i tjenesten. Ledere fortalte at rekrutteringen av psykologer til BUP oppleves som vanskeligere, hvor en stadig større andel av nyutdannede ønsker seg til det private fremfor å jobbe i spesialisthelsetjenesten som følge av økt press på rapportering og kvantitet. Ledere oppga at dette opplevde krysspresset også er den vanligste begrunnelsen erfarne behandlere oppgir som årsak når de slutter i BUP. Dersom statlige kvalitetsreformer, som i utgangspunktet skal gi bedre tjenester, i stedet gjør at de som arbeider der, ikke opplever å få gitt en behandling som er godt tilpasset individuelle behov, må myndighetene revidere de tiltakene som er satt inn. For Barneombudet er det viktig at kvalitetstiltakene støtter opp under barnas behov. Dersom evalueringer viser at de ikke gjør det, må kursen legges om.

Barneombudet frykter at vurderinger av barnets beste og barnets rett til et godt helse tilbud ofte må vike for økonomiske hensyn eller hensynet til effektiv målstyring. Vi ser også at det er regionale forskjeller i hvordan tilbudet til barn og unge prioriteres. FNs barnekomité presiserer at myndighetene må sørge for at barnets beste er vurdert og vektet i alle helse relaterte beslutninger.⁶⁰ I tillegg har Norge fått merknader fra ko-

miteen om at norske myndigheters ressursbruk på psykiske helsetjenester til barn ikke er tilstrekkelig sett i lys av økningen i psykiske helseproblemer blant barn i Norge. Komiteen anbefaler økte ressurser til slike tjenester.⁶¹ Dette er avgjørende for å sikre tilstrekkelige og godt tilpassede psykiske helsetjenester i tråd med barnekonvensjonens artikkel 24. Barneombudet er opptatt av at også de mer overordnede styringsmodellene for tjenesten sikrer ivaretagelse av barnets beste. På bakgrunn av våre funn i rapporten, er vi ikke overbevist om at dette er tilfellet i dag. Vi mener at det må gjøres flere grep for å bidra til at tjenestene kan jobbe mer i tråd med barnas behov.



Anbefalinger:

- Regjeringen må sørge for at Helseforetakene følger «den gyldne regel», som sier at det skal være skal være høyere årlig vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk.
- Helsedirektoratet bør evaluere og videreutvikle styringen og finansieringen av BUP slik at de ivaretar barn og unges særegne behov for fleksible tjenester. Dette bør gjøres i nært samarbeid med tjenestene selv, for å sikre at barnas behov for individuelt tilpassede behandlingsforløp ivaretas.
- Ved innføring av nye finansieringsmodeller, eller tiltak for å bedre kvalitet i BUP, må Helsedirektoratet alltid vurdere om de ivaretar behovet for individuelle tilpasninger og barnets beste. Det må også jevnlig evalueres om tiltakene når målene.
- Helse- og omsorgsdepartementet bør stimulere til at ny teknologi brukes aktivt som en del av behandlingstilbudet til barn og unge. Der hvor det ikke finnes egnet teknologi, bør det utvikles og prøves ut. Dette må skje i nært samarbeid med barn og unge.

Tilgang til riktig hjelp

Et tilbud tilpasset barn og unges behov handler også om at barna må få riktig hjelp for sine spesifikke vansker. BUP må ha tilgang på god nok kompetanse for å møte hvert enkelt barns behov i utredning og behandling. I dette prosjektet har vi imidlertid sett veldig varierende kompetanseprofil hos BUP-ene vi har møtt. Noen BUP-er har spesialiserte team for ulike grupper (for eksempel småbarnsteam) eller behandlingsformer (for eksempel OCD-team med tilbud for tvangslidelser), mens andre BUP-er ser ut til å være mer generaliserte, hvor det blir opp til hver enkelt behandler hvilket tilbud den unge tilbys. Dette blir spesielt et problem i tilfeller hvor barna har komplekse psykiske lidelser. Som nevnt tidligere opplever noen ledere vansker med å sikre spesialistkompetanse der det er behov, noe som kanskje kan forklare behandlernes utfordring. Ulike økonomiske prioriteringer kan også få betydning for tilgjengeligheten til riktig fagkompetanse, blant annet fordi spesialistkompetanse er mer kostbart.

Barneombudet mener innsatsen overfor barn og unge med komplekse psykiske lidelser, som ofte er vanskelige å utrede, må prioriteres høyere. Den relativt lave frekvensen av slike lidelser tilsier at ikke alle BUP-er kan forventes å ha slik kompetanse tilgjengelig. Derfor mener vi at det må sikres at det finnes et system for samarbeid mellom kompetansemiljø, slik at barn med komplekse psykiske lidelser har lett tilgang til behandlere med mer spesialisert kunnskap. Dette er en forutsetning for at barn og unge skal ha tilgang til riktig hjelp. FNs barnekomité har i sin generelle kommentar om barns rett til helse påpekt at staten i sitt budsjettarbeid bør bestrebe seg på å sikre tilgjengelighet og kvalitet på barnehelsetilbud til alle, uten diskriminering.⁶² Det må derfor sikres at også barn med komplekse lidelser får den hjelpen de har behov for.

I dette prosjektet har vi også erfart at behandlingen i noen tilfeller avsluttes før behandleren mener barna er ferdig behandlet. Dette er

også noe som ble dokumentert i Psykologforenings medlemsundersøkelse fra 2019, der det kommer frem at omtrent 25 prosent av de som svarte, sier de må avslutte halvparten eller mer av pasientene før de anser dem som ferdigbehandlet.⁶³ I samme undersøkelse svarer 28 prosent av behandlerne i BUP at i halvparten eller mer av sakene får de bare tilbudt hjelp for henvisningsårsaken og ikke andre psykiske lidelser den unge har (samsykelighet). Ut fra det behandlere og ledere har fortalt oss, kan det se ut som at dette delvis skyldes arbeidet med å korte ned ventetidene. Det er viktig at barn og unge mottar behandling og hjelp for hele spekteret av lidelser de har, ikke bare henvisningsårsak. FNs barnekomité påpeker at alle beslutninger om å holde tilbake eller avslutte behandling for barn må gjøres med grunnlag i en vurdering av hva som er best for det enkelte barn.⁶⁴ Barneombudet registrerer at pakkeforløpene har en tydelig ambisjon om å ivareta barnets behov ved vurdering av avslutning av behandling og vurdering av videre oppfølging i kommunen.³⁶ Vi mener likevel det er grunn til å følge nøye med på om barn og unge får den hjelpen de trenger og har rett til.



Anbefalinger:

- Helse- og omsorgsdepartementet må sikre at helseforetakene ivaretar behovet for spesialisert kompetanse for behandling av de mest komplekse psykiske lidelsene.
- Helsedirektoratet bør evaluere pakkeforløpene jevnlig med særskilt søkelys på om barn og unge får helhetlig behandling på tvers av tjenestenivå, for hele spekteret av lidelser eller vansker, og ikke blir skrevet ut før de er ferdig behandlet.

Manglende brukermedvirkning

En forutsetning for å ivareta barn og unges ønsker og behov er at behandlingstilbudet utformes i samarbeid med de unge selv og eventuelt deres foreldre, og de må ha reell innflytelse. Brukermedvirkning handler om at det som er viktig for ungdommene og deres familie er med på å forme beslutningene som tas om hvordan utredningen og behandlingen skal gjennomføres. Også brukerens synspunkter på kvaliteten i tjenesten skal respekteres og tas hensyn til.⁶⁵ Brukermedvirkning har en egenverdi, ved at pasienten føler seg sett og hørt, men det vil også bidra til å gjøre behandlingen mer treffsikker. Forutsetninger for å få til reell brukermedvirkning er at behandlere aktivt involverer barna i viktige beslutninger som tas og at pasienten og dets foreldre har god tilgang til informasjon.

Barnekonvensjonens artikkel 3 handler om at det i alle beslutninger som angår barnet, skal ligge en vurdering av hva som er barnets beste til grunn. Artikkel 12 handler om at barnet har en rett til fritt å gi uttrykk for sin mening, og at denne skal tillegges vekt. Begge disse artiklene henger uløselig sammen og bør fungere som verktøy for behandlere når de utfører sitt arbeid. For at en BUP skal kunne gjøre gode vurderinger av hvilket tilbud som er til et barns beste, er det helt nødvendig at BUP har snakket med barnet og tatt dets mening med som en del av vurderingsgrunnlaget. For å oppfylle artikkel 12 må barn, ungdom og eventuelt foreldre delta i beslutninger knyttet til egen behandling så langt det er mulig og hensiktsmessig.

Stortinget ba våren 2020 regjeringen om å gjennomgå helselovgivningen for å sikre at denne er i tråd med FNs barnekonvensjons prinsipper om blant annet barns rett til å bli hørt og beslutninger til barnets beste.⁶⁶ Dette er en viktig bestilling fra Stortinget. Barneombudet har lenge ønsket å få dette på plass, og vi mener dette er en viktig forutsetning for å sikre at barnekonvensjonens krav om medvirkning blir ivare tatt. Det er imidlertid også viktig å innlemme

kunnskap om barnekonvensjonens prinsipper i utdanningen til helsepersonell slik at den brukes aktivt i praksis.

Barnekonvensjonen artikkel 4 krever at statene skal sikre at fagpersoner har kunnskap om konvensjonens innhold, men også ferdigheter i hvordan rettighetene og prinsippene skal ivaretas. Staten plikter å lære opp alle yrkesgrupper som arbeider med barn, for å gjennomføre disse rettighetene i praksis. FNs barnekomité har i generell kommentar nr. 5, om gjennomføringen av konvensjonen, presisert at opplæring og kompetanseutvikling er viktig for implementeringen av konvensjonen. Her spiller rammeplanene og retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene en viktig rolle. Vi mener at barnekonvensjonen må være et gjennomgående tema i disse for å sikre at profesjonenes praksis er i tråd med barns rettigheter.

I dette prosjektet har vi sett mange eksempler på manglende brukermedvirkning, både i samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, involvering i beslutninger og involvering av pårørende i behandling. Bekymring knyttet til manglende brukermedvirkning har vært en tematikk i psykisk helsevern for barn og unge siden opptrappingsplanen i 1999.⁷ På nytt har regjeringen forsøkt å sette fokus på brukermedvirkning med de nylig lanserte pakkeforløpene for psykisk helse (1. januar 2019). Den første evaluering av pakkeforløpene viser imidlertid at et stort flertall av fagfolk i BUP er negative til om pakkeforløpene bidrar til mer brukermedvirkning.⁵² Behandlerne er også usikre på hvor reell brukermedvirkningen egentlig er, og om det bare er at pasientene og pårørende som får mer informasjon enn tidligere. Det er anbefalt at behandlerne bruker et verktøy hvor pasienten og/eller foreldre på en systematisk måte kan gi tilbakemelding på opplevd behandlingseffekt og relasjon til behandler. Slike tilbakemeldingsverktøy gir pasientene økt medvirkning. Evalueringen av pakkeforløpene viser imidlertid at det i svært liten grad benyttes slike verktøy. Nærmere 70

prosent i BUP oppgir at de bruker dette i liten eller ingen grad.⁵²

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan, og den skal utarbeides i et samarbeid mellom behandler, pasient og/eller foreldre.^{31,36} Behandlingsplanen er et konkret redskap blant annet for å sikre medvirkning. Barneombudet er bekymret både for manglende utarbeiding av behandlingsplaner og manglende medvirkning i utarbeidelsen av slike. Konsernrevisjonen av Akershus universitetssykehus i 2018³⁹ viste at det ikke ble utviklet behandlingsplaner for ett av tre barn i utvalget, og at de få som ble utviklet, i svært liten grad ble evaluert. Et flertall av de ungdommene og foreldrene vi snakket med i dette prosjektet, fortalte at de ikke hadde kjennskap til om det var utarbeidet behandlingsplan eller ikke. Dette kan tyde på at det var liten eller ingen medvirkning i utarbeidelsen av behandlingsplaner blant de vi snakket med.

Folkehelseinstituttet publiserte nylig funn fra en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge i BUP (2019), hvor de også fant at det var mangelfull utarbeidelse av behandlingsplaner og manglende medvirkning i de tilfellene det blir utviklet.⁶⁷ Om lag en tredjedel av foreldrene oppgav at det ikke hadde blitt utviklet behandlingsplaner, mens 28 prosent oppgav at de ikke visste om det var utviklet en plan eller ikke. Dette er bekymringsfullt fordi manglende utarbeiding av behandlingsplaner er til hinder for at barn og foreldre kan medvirke aktivt i behandlingen. Manglende behandlingsplan gjør det også vanskelig å vurdere om målene for behandlingen er nådd, om problemer er bedret, om dagens situasjon er tilfredsstillende, og om det er behov for videre behandling.

Informasjon er også helt nødvendig for å kunne benytte sin rett til medvirkning. Det er også med på å skape trygghet og forutsigbarhet i en vanskelig situasjon og gi en viss form for kontroll over prosessen. Gjennom våre samtaler med ungdommene fant vi at de i stor grad savnet informasjon i alle deler av forløpet. Det-

te støttes også av andre som har snakket med unge i BUP.^{54,56,68} Ungdommene og foreldrene vi snakket med, visste lite om BUP før de ble henvist, og fikk lite informasjon både før inntak ved BUP, under utredning og behandling, og ved avslutning. De savnet informasjon om bruk av medisiner og bivirkninger, og ikke minst hjelp til å forstå og håndtere tilstanden sin.

Foreldrene savnet også informasjon som kunne hjelpe dem til å forstå barnets vansker, og hva som er gode tiltak for de gitte vanskene. I de aller fleste tilfeller er det viktig at foreldrene blir inkludert i behandlingsopplegg og får informasjon om hvordan de kan støtte barnet sitt mellom behandlingstidene og etter endt behandling. Flere foreldre var fortvilt over at de ikke ble inkludert i viktige avgjørelser som blir tatt om deres barn, og at de ikke fikk støtte til å fungere som en ressurs for barna sine. Dette støttes også av Folkehelseinstituttets brukererfaringsundersøkelse, som viste at over halvparten (52 prosent) av foreldrene ikke var fornøyd med innflytelsen de fikk når det gjaldt valg av behandlingsopplegg for barna sine.⁶⁷



Anbefalinger:

- Kunnskapsdepartementet må sørge for at barnekonvensjonen er et gjennomgående tema i rammeplanene og retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene.
- Helsedirektoratet bør revidere «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge», slik at den gir praktisk og pedagogisk veiledning om hvordan BUP skal ivareta barn og unges rett til medvirkning.
- Helsedirektoratet bør sørge for at pakkeforløpene evalueres jevnlig med særskilt søkelys på om barn og foreldres medvirkning ivaretas gjennom hele pasientforløpet.

- Helse- og omsorgsdepartementet må sikre at helseforetakene følger sin lovmessige plikt til å gi opplæring av pasienter og pårørende.
- Helsedirektoratet må revidere de nasjonale kvalitetsindikatorene slik at de også reflekterer barnas opplevelse av kvalitet, ikke bare foreldrenes.

Forholdet mellom BUP og kommunal helsetjeneste

Et sentralt helsepolitisk mål er at barn og unge med psykiske helseplager får et tilbud på rett nivå.¹² De kommunale tjenestene forventes å være de som identifiserer psykiske helseproblemer og gir primær hjelp.⁶⁹ Når et barn blir henvist til BUP, har de kommunale tjenestene fortsatt et oppfølgingsansvar. Når barnet skrives ut fra BUP, skal det tilbakeføres til kommunen og få nødvendig oppfølging.⁶⁹ Ledere i BUP fortalte likevel om et behov for avklaring av ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. De opplever at det er stor variasjon i hvilke helseplager hos barn og unge kommunene klarer å håndtere selv, og hvilke som blir henvist til BUP. De pekte på at noe av dette henger sammen med kapasitet og kompetanse i de kommunale tjenestene, og at antallet henvisninger til BUP blir færre i kommuner med en godt utbygget første-linjetjeneste. Det fremgår også av informasjonen vi fikk fra Helse Midt, hvor en rekke av henvisningene inneholdt beskjeden om at det er for lang ventetid i kommunal helsetjeneste, og at det er derfor pasienten henvises til BUP. På samme tid opplever ledere i BUP at de ikke har tid til å veilede kommunen utover i enkeltsaker. Veiledningsplikten gjelder ikke kun i enkeltsaker, men omfatter også generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. På bakgrunn av dette mener vi det er behov for en tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom kommunalt tilbud og spesialisthelsetjenesten.

det mellom kommunalt tilbud og spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet til barn og unge med psykiske vansker i kommunene er mange steder svært underdimensjonert. Det er mye som tyder på at mange kommuner i dag ikke er rustet til å gi et godt tilbud til barn og unge med behov for hjelp for lette og moderate psykiske plager, eller som har behov for ytterligere oppfølging etter endt behandling i BUP.¹⁰ I slike tilfeller vil trykket på BUP bli større, og det vil bli mindre kapasitet til å håndtere barn med alvorlige lidelser.

Regjeringen har de senere årene hatt en tilskuddsordning for å styrke rekrutteringen av psykologer i kommune (ofte kalt kommunepsykologer). Arbeidet med barn og unges psykiske vansker har imidlertid ikke vært en prioritert oppgave i denne tilskuddsordningen.⁷⁰ Gevinsten for barn og unge er dermed høyst usikker. Fra 2020 er det et lovkrav om psykologkompetanse i kommunen,⁷¹ og de tidligere tilskuddsmidlene til kommunepsykologer går inn i kommunens frie rammer. Vi er bekymret for om kommunene fremover vil prioritere arbeidet med barn og unges psykiske helseplager gjennom denne ordningen.

Ordningen med kommunepsykologer blir også trukket frem som en del av opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse 2019–2024.⁷² Regjeringens opptrappingsplan inneholder imidlertid ingen tiltak som forplikter kommunene til å utvikle og organisere lavterskeltilbud til barn og unge. Den gir heller ingen klare føringer for hva et lavterskeltilbud til barn og unge skal inneholde. Slik vi leser opptrappingsplanen, er det helt opp til den enkelte kommune hvordan dette skal løses. På bakgrunn av dette mener vi det er stort behov for tydelige føringer på hvilke tilbud som skal være tilgjengelige på kommunalt nivå. Barneombudet er bekymret for om kapasiteten og kompetansen i kommunene gir god nok tilgang på hjelp på riktig nivå for barn og unge. FNs barnekomité er bekymret for det samme og oppfordrer alle stater, inkludert

Norge, til å investere i primærhelsetjenester for å lette tidlig oppdagelse og behandling av psykiske problemer.⁷³

For å gi barn og unge med psykiske helseplager og lidelser et godt, samlet tilbud er de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten gjensidig avhengige av hverandre. Vårt arbeid har vist at det i for stor grad varierer hvor tilgjengelig hjelpen er for barna rundt om i landet. Ikke minst ser vi et behov for et reelt løft når det gjelder utbyggingen av lavterskel helsetilbud i kommunen. Vi ser også et behov for å presisere hvilke psykiske plager og vansker det er forventet at kommunene skal håndtere selv, og hvilke som bør overlates til spesialisthelsetjenesten. Lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene er et område Barneombudet vil se nærmere på i årene fremover.



Anbefalinger:

- Regjeringen bør sette ned et offentlig utvalg som gjennomgår organiseringen av psykiske helsetjenester for barn og unge, og som også ser på sammenhengen mellom hjelpen som tilbys i første- og andrelinjen.
- Regjeringen må endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får en plikt til å tilby lavterskel psykisk helsetilbud til barn og unge.
- Helsedirektoratet må oppdatere veilederen «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» fra 2007 slik at den er i tråd med dagens lovverk, utfordringer og forventninger til kommunene.
- Helsedirektoratet bør kartlegge i hvilken grad helseforetakene ivaretar plikten til å veilede kommunene og sette inn tiltak om det avdekkes mangler.

Referanser

- ¹ Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- ² Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. (oppdatert 28.02.2018; lest 13.07.2020). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- ³ Folkehelseinstituttet. (2018) *Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser. I: Folkehelse-rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 14.05.2018; lest 23.06.2020]. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- ⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. (2020) *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019*. Norsk pasientregister. IS-2892, 2020.
- ⁵ Sosial og helsedepartementet. (1994). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. (Meld. St. 50 [1993–1994]). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ⁶ Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 [1996–1997]). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ⁷ Sosial og helsedepartementet Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)*. (Prop. nr. 63 [1997–1998]). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ⁸ Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (Prop. nr. 63 [1997–1998]). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ⁹ Brofoss, K.E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet. Hentet fra: <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>, 29, 2011.
- ¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. (Prop. 121 S [2018–2019]). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ¹¹ Helse Nord. *Innspill på tiltak til nasjonal helse og sykehusplan – psykisk helse for barn og unge*. (lastet ned 29.07.2020) Hentet fra: <http://nbup.no/wp-content/uploads/2019/05/Tiltak-barn-og-unges-psykiske-helse-NBUP.pdf>
- ¹² Helse- og omsorgsdepartementet. (2019) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. (Meld. St. 7 (2019–2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- ¹³ United Nations Committee on the Rights of the Child. (2018) *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway*. (Avsnitt 25)
- ¹⁴ Sommerchild, Hilchen & Moe, Einar (2005): *Da barnepsykiatrien kom til Norge*. Beretninger ved noen som var med. Oslo: Universitetsforlaget
- ¹⁵ Oppdragsbrev 2020 til helseforetakene. Se også: 1. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i 2016-«Den gylne regel». Analyseno-

tat 12/17 -SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2017 og 2. Innstilling 255S (2019-2020): Innstilling fra helse og omsorgskomiteen om Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023.

¹⁶ Helsedirektoratet. (2017) *Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i 2016 «Den gylne regel»*. Analysenotat 12/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

¹⁷ Helsedirektoratet. (2019). Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk (lastet ned 13.07.2020). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#regelverk-2019>

¹⁸ Barnekonvensjonen. (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Artikkel 4. Oslo: Barne- og familiedepartementet

¹⁹ FNs barnekomités generelle kommentar nr. 15 (2013), avsnitt 4 og 5 (sist oppdatert 25.09.2018; lastet ned 16.07.2020). Hentet fra: www.regjeringen.no

²⁰ FNs barnekomités generelle kommentar nr. 5 (2013) til artikkel 4 (sist oppdatert 25.09.2018; lastet ned 16.07.2020). Hentet fra: www.regjeringen.no

²¹ FNs barnekomités generelle kommentar nr. 5 (2013) til artikkel 4. Paragraf 41. (sist oppdatert 25.09.2018; lastet ned 16.07.2020). Hentet fra: www.regjeringen.no

²² Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

²³ Prioriteringsforskriften. (2000). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd. (FOR-2000-12-01-1208) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>

²⁴ Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

²⁵ Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (§ 3-8)

²⁶ Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (§ 2-1 e)

²⁷ Helsedirektoratet. (2013) *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* (Rundskriv. IS-5/2013) Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/_attachment/inline/1d186908-1abd-4a5d-933f-74d6c87c06af:aaf7b8b49a38f-5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf

²⁸ Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (§§ 2-5, 2-5a, 6-2 og 6-3)

²⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).

- ³⁰ Helsedirektoratet. (2015) *Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- ³¹ Helsedirektoratet. (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1570, 2008.
- ³² Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten mm (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (§7-3).
- ³³ Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lasemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året*. (SINTEF-rapport 64)
- ³⁴ Helsedirektoratet. (2018) *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. IS-2734, 2018
- ³⁵ Helsedirektoratet. *Om Helsedirektoratets normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem*. (først publisert 06.02.2019; lastet ned 29.07.2020). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- ³⁶ Helsedirektoratet. *Psykiske lidelser – barn og unge*. Først publisert: 07.09.2018; faglig oppdatert: 29.05.2019; lastet ned 29.07.2020). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- ³⁷ Loftsgaard, Lise Skogstad (2020). Pakken er åpnet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- ³⁸ Oversikt over landets helseforetak. Vi har utelatt apotek og IKT. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no> (hentet 30.09.2020)
- ³⁹ Helse Sør-Øst. Konsernrevisjon rapport 6/2018. Konsernrevisjon 20.08.2018. Revisjon: *Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge*. Akershus universitetssykehus HF.
- ⁴⁰ Helsetilsynet. (2015) *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: *psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. (Rapport fra Helsetilsynet 3/2015)
- ⁴¹ Helsedirektoratet. (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*, side 14. IS-1570, 2008
- ⁴² Helsedirektoratet. *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*. Lastet ned 10.07.2020. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- ⁴³ Informasjon til Barneombudet i eget brev i forbindelse med undersøkelse om klagesaker – informasjon om prosjekt i Helse Vest – BUP Nordhordland om vurderingssamtale innen 10 dager (resultater ikke publisert enda)
- ⁴⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) § 2-2.
- ⁴⁵ Barneombudets egen spørreundersøkelse, se kapittel 1.
- ⁴⁶ Riksrevisjonen. (2007) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer*. Dokument 3:7 (2006–2007).
- ⁴⁷ FNs barnekomité. *Generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard (art.24)*. (CR/C/GC/15 F.119)

- ⁴⁸ Barnekonvensjonen. (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter: Artikkel 6. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- ⁴⁹ Helsedirektoratet. 2019. Psykisk helse for barn og unge – ventetid. (sist oppdatert 07.05.2020). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge/gjennomsnittlig-ventetid-for-barn-og-unge-i-psykisk-helsevern>
- ⁵⁰ Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (sist oppdatert 10.06.2020). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- ⁵¹ McGorry, P.D. (2015). *Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 203(5), 310.
- ⁵² SINTEF. *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer det første året*. (SINTEF Digital. Helsetjenesteforskning 2020-01-20)
- ⁵³ Psykologforeningen. (2019, 19. juni). Psykologforeningen har undersøkt mulighetene for å gi god behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologforeningen-har-undersoekt-mulighetene-for-aa-gi-god-behandling-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- ⁵⁴ Forandringsfabrikken. (2019). *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det – unge deler erfaringer og råd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ⁵⁵ Voksne for barn, informasjon fremkommet i møte
- ⁵⁶ KBT Midt-Norge i samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs hospital, Redd Barna Region Midt og Mental Helse Ungdom. (2015). *Min stemme teller*. Evaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs hospital. Hentet fra https://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2017/07/min_stemme_teller_evaluering_bup_stolavs_2015-1.pdf
- ⁵⁷ Haavik, T. (2013, 8. august). *Konsekvenser ved stort fravær. Lengre fravær fra skolen kan få store konsekvenser for eleven senere i livet*. Læringsmiljøsentret, Universitetet i Stavanger. Hentet fra <https://laringsmiljosenteret.uis.no/skole/psykisk-helse/skolevegring/konsekvenser-ved-stort-fravar-article116236-21065.html>
- ⁵⁸ Oppdragsbrev 2020 til helseforetakene.
- ⁵⁹ Storvik, Anne Grete (2018). *Han lovte å prioritere psykisk helse – slik gikk det ikke. Det er langt mellom politisk retorikk og satsingen i klinikkene. Dagens medisin*. Publisert 10. desember 2018. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/12/10/lovte-a-prioritere-psykisk-helse--slik-gikk-det/>
- ⁶⁰ FNs barnekomité. (2013) *Generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard (art.24)*. (CRC/C/GC/15 2013 C.12.)
- ⁶¹ United Nations Committee on the Rights of the Child. (2018) *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway (CRC/C/NOR/CO/5-6 2018 F 25 (a)) og FNs barnekomitès generelle kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard (art. 24)*. (CRC/C/GC/15 2013 D 104)
- ⁶² FNs barnekomité. (2013) *Generell kommentar nr.15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av*

den høyest oppnåelige helsestandarden (art.24). (CRC/C/GC/15 2013 B 94)

⁶³ Rapport fra kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2019). Norsk psykologforening. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologforeningen-har-undersoekt-mulighetene-for-aa-gi-god-behandling-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> og <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/10/19/bostedet-avgjør-om-barn-far-behandling/>

⁶⁴ FNs barnekomité. (2013) *Generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden* (art.24). (CRC/C/GC/15 2013 C. 14).

⁶⁵ FNs barnekomité. (2013). *Generell kommentar nr. 15. Om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden* (art. 24).

⁶⁶ Innst. 255 S (2019-2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s/?all=true>

⁶⁷ Folkehelseinstituttet. (2019). *Resultater fra nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (BUP) i 2017*. (PasOpp-rapport)

⁶⁸ Voksne for barn, informasjon fremkommet i møte mellom Barneombudet og voksne for barn, høsten 2018.

⁶⁹ Helsedirektoratet. (2007) *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405, 2007.

⁷⁰ Helsedirektoratet. Tilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tildelingskriterier. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#tildelingskriterier>

⁷¹ Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Lov-2011-06-24-30.) § 3-2

⁷² Kulturdepartementet. (2019). For budsjettåret 2020. (Prop. 1 S (2019–2020)).

⁷³ United Nations Committee on the Rights of the Child. (2018) *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway* (CRC/C/NOR/CO/5-6 2018 F 25. (a)) og FNs barnekomité. *Generell kommentar nr.15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden*. (CRC/C/GC/15 2013 B 38)



