

Hvordan nå de minste barna?

Erfaringer fra omorganisering av en BUP i distriktet



BUP Vesterålen har med relativt få og enkle grep lyktes med å få flere sped- og småbarn henvist. Illustrasjonsfoto: Pixabay.com

Spesialisthelsetjenesten har vært lite eksplisitte på hvordan poliklinikker for barn og unge kan etablere et tilbud for de minste barna. Ved BUP Vesterålen har en ny form for samarbeid med førstelinjetjenesten gitt gode resultater.

TEKST

Elsa Risjord

Arnold Goksøyr

PUBLISERT 5. februar 2015

Samtidig som myndighetene oppfordrer poliklinikker for barn og unge til å satse på de aller minste barna, har det i vårt fagfelt vært lite diskutert hvordan spesialisthelsetjenesten for barn og unge skal løse disse utfordringene. Et sentralt spørsmål er hvordan man kan få henvist de minste barna som trenger hjelp fra BUP. Poliklinikken vår, BUP Vesterålen, har med relativt få og enkle grep lyktes med å få flere spedbarn og småbarn henvist, også barn i alderen 0–1 år. I det følgende vil vi beskrive utviklingen av et poliklinisk tilbud for aldersgruppen 0–3 år, hvor vi spesielt drøfter utfordringer rundt henvisninger av 0–1-åringene, og kjennetegn ved henvisninger fra

helsestasjonene og barnevern. Vi tror erfaringene våre kan være til nytte for andre som planlegger å etablere et tilbud for denne gruppen av barn i et samarbeid mellom tjenestenivåene.

Bakgrunn

De minste barna i psykisk helsevern for barn og unge har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Bakgrunnen er indikasjoner på at små barn er like utsatt for psykiske vansker som større barn og ungdom, ledsaget av økt kunnskap om diagnostiske og behandlingsmessige tiltak (se blant annet Brandtzæg, Moe og Mothander, 2009; Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004). I dag vet vi også mer om hvordan mors psykiske helse kan påvirke hennes omsorgsutøvelse og kan være en risikofaktor i samspillet med barnet (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Slinning og Eberhard-Gran, 2010).

«Behovet for økt kompetanse, eventuelt et eget sped- og småbarnsteam i barnevernet, synes å være til stede»

Et av de viktigste målene i regjeringens samhandlingsreform er at det skal lønne seg å forebygge sykdom. Bergum-Hansen og Jacobsen (2008), Hoel (2010) og Holte (2012) betoner sterkt viktigheten av at kunnskap om sammenhengen mellom tidlige belastninger og senere helse får konsekvenser for praksis på ulike nivåer i hjelpeapparatet, for politiske føringer, utdanning og forskning. Internasjonalt viser organisasjoner som World Association for Infant Mental Health (WAIMH) og Nordisk forening for spedbarns utvikling (NFSU) at satsing på å fremme spedbarns og småbarns psykiske helse har sterk støtte både i forskning og klinikk.

Helsedirektoratet har gjennom Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008) og Psykisk helsevern for barn og unge: Prioriteringsveileder (2009) gitt føringer for de inntaksansvarlige ved BUP om å prioritere rask innsats overfor de minste barna og deres familier. Helsedirektoratet forventer at poliklinikker innarbeider forslagene i veilederne i arbeidet sitt.

BUP Vesterålen

Regionen Vesterålen består av 5 kommuner med en befolkning på cirka 30 000, hvorav cirka 6800 er barn i alderen 0–17 år og omtrent 1900 er 0–5 år. BUP Vesterålen har seks psykologspesialister, to overleger, to kliniske pedagoger, en klinisk sosionom og en og en halv stilling for sekretær. Poliklinikken har siden oppstarten for 25 år siden hatt faste møter med helsestasjon og barnevern en gang per måned i alle kommuner.

Kommunene i vår landsdel har vært vant til å ha en lett tilgang til spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har over flere år fått henvist rundt 8–9 prosent av barnebefolkningen, mens landsgjennomsnittet er 4,9 prosent (Norsk pasientregister, NPR; 2012). Ungdom har tradisjonelt fått mye ressurser fra BUP ved

Nordlandssykehuset, og det har vært viktig for oss å dreie disse ressursene mer i favør av spedbarn og småbarn.

Intern og ekstern nyorganisering

Nyorganisering og kompetanseøkning internt og eksternt var nødvendig for å etablere et tilbud for de minste barna. Vår hovedsatsing var rettet mot helsestasjonene gjennom opplæring av helsesøstre i kunnskap om hvilke barn som burde henvises til BUP, og i mindre grad rettet mot barnevernet.

I 2008 gjorde vi endringer på flere nivåer i driften av BUP Vesterålen: Vi etablerte et spedbarns og småbarnsteam som består av fire fagpersoner: enhetsleder/psykologspesialist (leder og koordinator av teamet), klinisk pedagog og to barnepsykiatere. Cirka 25 prosent av deres stillinger, til sammen om lag 10 prosent av poliklinikkens totale ressurser, ble satt av til teamet. Alle i teamet jobber i tillegg med de andre aldersgruppene i BUP. Teamet har ansvar for barn i alderen 0–6 år. For å øke vår utrednings- og behandlingskompetanse internt i teamet har vi lært oss metoder for samspillsvurderinger, som *Crowell-prosedyren* (Crowell & Feldman, 1988), *CARE – Index Infants* (Crittenden, 2006a) og bruk av semistrukturert intervju med omsorgsgiver som *Working Model of the Child Interview (WMCI)* (Benoit mfl., 1997).

For å få i gang et godt samarbeid med førstelinja rundt spedbarn og småbarn sendte vi et kort informasjonsbrev om det nye spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP til helsestasjoner, fastleger og barnevernsledere i alle kommunene. Her fremhevet vi at aktuelle henvisningsgrunner kunne være mors depressive symptomer, andre psykiske vansker hos foresatte og/eller en generell bekymring for barnets utvikling. Vi kommuniserte at det skulle være en lav terskel for de ansatte i disse tjenestene for å kontakte spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP per telefon for å drøfte en henvisning, dersom de var usikre i en sak.

I tillegg laget vi en liste over risikofaktorer i barnets miljø, som kan være til hjelp for helsestasjonene når de skal vurdere å henvise videre til BUP. Identifisering av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer er avgjørende for å forebygge skjevutvikling. Sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser øker med antall risikofaktorer som individet utsettes for (Sameroff, 2010). Både akutte og kroniske belastninger kan være risikofaktorer for psykiske lidelser, men vedvarende belastninger er vanligvis av størst betydning. Risikofaktorer ble definert som problemer i parforholdet, mødre med vanskelig relasjon til sin egen mor, liten støtte i opprinnelsesfamiliene og lite sosialt nettverk.

**«Å henvise på grunn av
bekymring for mors psykiske
helse og risikofaktorer i
omsorgsmiljøet, ikke på grunn**

av avvik hos barnet, synes å være en riktig vei å gå»

Lederen i teamet lærte også opp helsesøstrene i en enkel metode for screening av depressive symptomer hos mødrene ved bruk av *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Krantz mfl., 2008). Metoden ble valgt ut etter anbefalinger fra *Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør*. Det ble i tillegg satt av fast møtetid på helsestasjonene med mulighet for å drøfte *kun* spedbarns- og småbarnssaker med to behandlere fra teamet.

Teamet så også nødvendigheten av at viktige samarbeidspartnere fikk undervisning i temaene tilknytning og samspill. Vi valgte å undervise i dette ved helsestasjoner, barnevern, voksenpsykiatrisk poliklinikk, på samhandlingsmøter med kommunene, og til jordmødre, fastleger og barnehager i regionen. To av teamets behandlere har i tillegg i mange år gitt ukentlig veiledning til *Bufetats* foreldre- og barneavdeling i regionen.

Flere henvisninger

Lyktes vi med vår interne og eksterne nyorganisering å få henvist flere av de minste barna til BUP? For å få indikasjoner på om endringene vi innførte i 2008, hadde effekt, valgte vi å systematisere informasjonen vi hadde om henvisninger i tidsrommet 2007–2010. Ungdom mellom 13 og 18 år utgjør den største gruppen av barn vi får henvist, hvor andelen henviste har ligget rimelig stabilt på cirka 10,5 prosent i tidsrommet 2007–2010. Henvisninger i aldersgruppen 7–12 år har ligget på rundt 7,5 prosent, mens bare omtrent 2 prosent av førskolebarna har mottatt tilbud fra BUP i samme periode. For alle barn i alderen 0–6 år så vi en økning i henvisninger fra 1,6 prosent i 2007 til 2,2 prosent i 2010, mens økningen i gruppen 0–3 år var fra 0,3 prosent i 2007 til 2,2 prosent i 2010. Over en 4-årsperiode så vi altså en trend med økning i henviste førskolebarn til BUP, og spesielt 0–3-åringene. Dette sammenfaller i tid med vårt planmessige samarbeid med kommunehelsetjenesten, og i særdeleshet helsestasjonene. Den samme tendensen har vi sett frem til i 2013, som er siste registrering.

Økningen i henvisninger av de minste indikerer dermed at det er mulig å få henvist de minste barna til BUP ved å organisere oss litt annerledes internt og eksternt. Vi har i tillegg fått svært gode tilbakemeldinger om at mødre har opplevd å få hjelp, og at barnas utvikling har gått i positiv retning (NRK TV, 2013).

Helsestasjonene henviser

Vi registrerte hvem som henviste de minste barna de to første årene etter nyorganiseringen, og av 72 henviste førskolebarn til *BUP Vesterålen* i 2008/2009 var det 23 barn i alderen 0–1 år. Vi fant at helsestasjonene (helsesøster i samarbeid med fastlege/helsestasjonslege) henviste omtrent tre fjerdedeler av barna (17 barn), mens henvisningene fra barnevernet og andre utgjorde cirka en fjerdedel av barna (henholdsvis 5 barn og 1 barn). Dette var som forventet ut fra at helsestasjonene var den instansen vi satset mest på.

Mors psykiske helse som årsak til henvisninger

I forbindelse med omorganiseringen, undersøkte vi kjennetegn ved henvisningene fra helsestasjonene. Vi fant at flesteparten av henvisningene for barn i alderen 0 – 1 år baserte seg på risikofaktorer hos mor og i hennes miljø, og ikke med bakgrunn i barnets fungering. Likevel opplevde vi at over to tredjedeler av henvisningene var riktige på den måten at mor-barn samspillene ikke var optimale.

Både helsestasjonene og vi erfarte at dersom mor i tillegg til å skåre over terskelverdien på EPDS, har flere enn to risikofaktorer, få beskyttelsesfaktorer og vedvarende belastninger, så bør helsestasjonene henvise spedbarn og småbarn til spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen kan gjerne være en bekymring for hvordan mors psykiske vansker kan gå ut over samspillet med barnet, uten at helsestasjonen nødvendigvis så godt klarer å beskrive avvik hos barnet. Å henvise på grunn av bekymring for mors psykiske helse og risikofaktorer i omsorgsmiljøet, ikke på grunn av avvik hos barnet, synes å være en riktig vei å gå. Disse mødrene var *selv* bekymret for sitt samspill med barnet. Mer kunnskap og kompetanse om spedbarns og småbarns psykiske helse i førstelinjetjenesten samt en kartlegging av antall risikofaktorer hos mor ser ut til å føre til flere riktige henvisninger og at flere får hjelp. Dette er i tråd med erfaringer vi hører fra kollegaer i andre spedbarns- og småbarnsteam (Larsson, 2006).

Henvisninger fra barnevernet

Barnevernet henviste fem saker til spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP i den samme perioden. De fem mødrene som ble henvist av barnevernet, var diagnostisert med ADHD, rusproblemer, voldsproblemer, store generelle lærevansker, PTSD eller andre psykiske vansker. Alle mødrene hadde over tre risikofaktorer. Fire av fem mødre var *selv* ikke bekymret for sitt samspill med barnet. Generelt var det slik at barna som ble henvist fra barnevernet, hadde foreldre som fungerte langt dårligere enn de som ble henvist fra helsestasjonene. Dette var familier med sammensatte problemer hvor en eller begge foreldrene ruset seg, hadde alvorlige psykiske vansker, brukte vold eller var for passive og uengasjerte i barnet. Omsorgssvikten var imidlertid for stor til at BUP kunne jobbe med sakene.

Vi vet for lite om hvorfor barnevernet ikke henviser spedbarn og småbarn når graden av problemer er mindre alvorlige. En forklaring kan være for lite kunnskap om risikofaktorer og symptomer hos spedbarn og småbarn i samspill med foreldrene deres. Barnevernet har generelt lite «verktøy» og tiltak for så små barn i en utredningsfase. En annen forklaring kan være at barnevernet selv opplyser at de har få henviste spedbarn og småbarn og derfor liten tradisjon for å arbeide med denne aldersgruppen. En henvisning krever en tro på at foreldrene kan endre seg og at de er motivert for behandling. Behovet for økt kompetanse, eventuelt et eget spedbarns og småbarnsteam i barnevernet synes å være til stede.

Å henvise med bakgrunn i risikofaktorer

Vi kan spørre om helsestasjonene vil kunne oppdage flere barn i behov av hjelp dersom de har bedre kompetanse på å vurdere samspill mellom bor og barn. Helsestasjonene melder selv at de ikke opplever seg spesielt gode på å vurdere samspill mellom mor og barn. En vurdering av avvikende utvikling hos barn i alderen 0–1 år krever høy kompetanse på atferdsuttrykk hos små barn. Våre vurderinger av samspillet mellom de mødrene og barna vi fikk henvist har variert fra å være tilfredsstillende til å være avvikende. En slik observasjonskompetanse kan man ikke kreve at helsestasjonen skal kunne ha. Til det kreves en egen opplæring og kunnskap som hører til i spesialiserte tjenester. Det tar tid å utvikle kompetanse på den kompleksiteten som et tidlig samspill utgjør. I tillegg er det en fordel å ha erfaring med å jobbe med voksne individuelt, samt familieterapeutisk kompetanse. Løsningen kan være å ha et tett samarbeid med helsestasjonene og støtte og utfordre dem i sine refleksjoner rundt barna, mødrene og familiene de er bekymret for.

Suksesskriterier

Vi har identifisert flere faktorer vi mener var avgjørende for at implementering og drift av spedbarns- og småbarnsteamet fungerte godt ved BUP Vesterålen. En ledelse som støtter opp om utviklingsarbeidet, har vært avgjørende. Fagfolk i BUP som vurderer å etablere et spedbarns- og småbarnsteam må derfor forsikre seg om at ideen er forankret i ledelsen. Å innlemme spedbarns- og småbarnsarbeidet i driften *på lik linje med alle andre saker*, fra inntak til avslutning, fungerer etter vår erfaring godt. Stabilitet i personalet er viktig for å få kontinuitet i utviklingsarbeidet og stadig utvikle kompetansen, og det er hensiktsmessig å ha en person som har ansvar for å lede dette. Vi har en ordning hvor vi alltid er to behandlere på samme sak, vi har etablert gode ferdigheter i bruk av tidligere nevnte metoder for samspillsvurdering og bruk av semistrukturerte intervju med omsorgsgiveren – dette mener vi har vært avgjørende for den faglige kvaliteten på arbeidet. Kunnskap fra spedbarns- og småbarnsfeltet om betydningen av tilknytning, tidlige samspill og mentalisering har virket forfriskende på hele poliklinikkens tenkning og praksis.

Poliklinikken vår har ikke fått noen ekstra ressurser til dette arbeidet, og etter fem års drift med spedbarns- og småbarnsteamet har vi vurdert om vi har fått økt arbeidsmengde, færre tiltak per pasient, flere fristbrudd, lengre ventetid eller mer slitasje på de ansatte. Vi mener at svaret er nei på alle spørsmålene. Dette skyldes særlig to forhold; vi har redusert antallet som får innvilget rett til helsehjelp med cirka 20 prosent de siste to årene, og antall henviste pasienter har gått ned med 20 prosent i de siste to år. Alle poliklinikkene i Nordlandssykehuset har over mange år hatt for mange henvisninger og det har vært en administrativ bestemmelse at vi skulle høyne kravene om at tiltak i førstelinja skulle være prøvd ut før de fikk rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon

Spedbarns- og småbarnsarbeidet er det viktigste forebyggende arbeidet BUP kan gjøre, og bringer spesialisthelsetjenesten nærmere kommunehelsetjenesten. Dette er et viktig

bidrag i satsning på samhandling. En svært viktig milepæl for spedbarns- og småbarnsfeltet i Helse Nord er at Helse Nord i sitt Oppdragsdokument for 2014 nå har satt opp følgende mål: «sørge for at gruppen sped- og småbarn innen psykisk helse for barn og unge får et tilbud.» Da blir det ikke lenger opp til hver poliklinikkleder eller «ildsjel» om det skal etableres slike team.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 2, 2015, side 108-112

TEKST

Elsa Risjord

Arnold Goksøyr, Høgskulen i Sogn og Fjordane; RKBU, Uni Helse, Uni Research

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E. & Coolbear, J. (1997). Working model of the child interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18, 107-121.
- Brandtzæg, I., Moe, R. & Mothander, P. R. (2009). Hva kjennetegner de minste barna uten akse 1-diagnose i DC: 0-3-systemet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 850-856.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J. & Davis, N. O. (2004). Assessment of young childrens' social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109-134.
- Crittenden, P. M. (2006a). CARE-Index Infants (birth - 15 months) Coding Manual. Miami: Family Relations Institute pmcrittenden@gmail.com Norsk oversettelse (Bente Nilsen, 2010).
- Crowell, J. A. & Feldman, S. S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioural and development status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273-1285.
- Hansen, M. B. & Jacobsen, H. (2008). Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus. Oslo: RBUP.
- Helsedirektoratet (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009). Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for barn og unge (IS-1581). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2012 (IS- 2068). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse Nord RHF (2014). Oppdragsdokument (OD). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hoel, G. (2010). Helse i tidlige livsfaser. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. 130, 1063.
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 693-695.
- Krantz, I., Eriksson, B., Lundquist-Persson, C., Ahlberg, B. M. & Nilstun, T. (2008). Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: An ethical analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 211-216.

Larsson, M. & Heimann, M. (2006) Konsultasjons- og lavterskeltilbud til helsestasjonene i Nordfjord fra Nordfjord BUP. Rapport fra RBUP Vest, Bergen

Norsk rikskringkasting (NRK TV 2013). Psykiatrien hjelper småbarn. www.nrk.no Dagsrevyen 21, 19.06.2013.

Sameroff, A. J. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81, 6-22.

Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323-346). Oslo: Gyldendal Akademisk.