

# Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner

**Nanna Sønnichsen Kayed**

Prosjektleder/Førsteamanuensis RKBU/NTNU

**Thomas Jozefiak**

Førsteamanuensis RKBU/NTNU

**Tormod Rimehaug**

Førsteamanuensis RKBU/NTNU

**Torill Tjelflaat**

Seniorrådgiver RKBU/NTNU

**Ann-Mari Brubakk**

Professor Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer/NTNU

**Lars Wichstrøm**

Professor Psykologisk institutt/NTNU



 **NTNU**

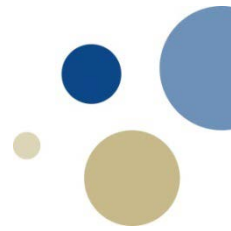
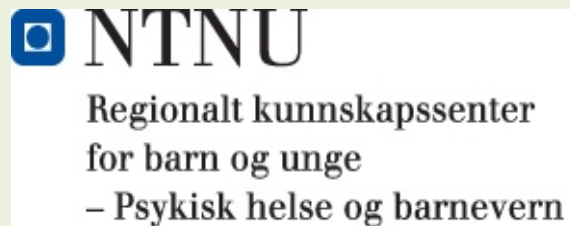
Regionalt kunnskapssenter  
for barn og unge  
- Psykisk helse og barnevern

# Oversikt over presentasjonen

- Presentasjon av bakgrunn og målsetting for forskningsprosjektet
- Metode
- Resultater:
  - Deskriptiv analyse av informanter og institusjoner
  - Forekomst av psykiske lidelser
  - Mottatt helsehjelp
  - Institusjonens sosiale miljø
  - Livskvalitet
  - Traumer
- Diskusjon av resultater



# Finansieringskilder



# Prosjektmedarbeidere

## Prosjektleder:

Førsteamanuensis Nanna S. Kayed, NTNU

## Prosjektgruppe:

Førsteamanuensis Thomas Jozefiak, NTNU

Førsteamanuensis Tormod Rimehaug, NTNU

Seniorrådgiver Torill Tjelflaat, NTNU

Professor Ann-Mari Brubakk, NTNU

Professor/forskningsjef Lars Wichstrøm, NTNU/NTNU Samfunnsforskning

Professor May Britt Drugli, NTNU

Professor Hans Grietens, Universitetet i Groningen/NTNU

Forsker Jim Lurie, NTNU

Klinisk psykolog Anne Kristine Wormdal, BUP Orkdal/NTNU

## Forskningsassistenter:

Simona Georgescu, NTNU

Ingvild Lange, NTNU

Anne Siri Stornes, NTNU

Helen Holme, NTNU

Barnevern

Psykologi

Barnemedisin

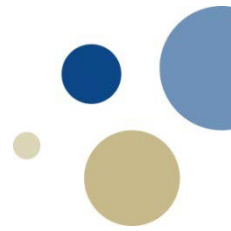
Barne- og  
ungdomspsykiatri



# Bakgrunn for forskningsprosjektet

## Internasjonal forskning

- Internasjonal forskning fra Europa og USA viser at ca. halvparten av barn på barneverninstitusjon har psykiske lidelser og at flertallet ikke får hjelp for disse.
- Det er gjennomført få studier.
- Det er metodologiske usikkerhetsfaktorer knyttet til studiene som er gjennomført.



# Norsk forskning

- Det er ikke gjort tilsvarende forskning med barne- og ungdomspsykiatrisk intervju i Norge.
- En spørreskjemaundersøkelse fra barneverninstitusjoner i Oslo indikerte at så mye som 68 % av barna hadde psykiske vansker (Kjelsberg & Nygren, 2004).
- Det er også godt dokumentert at mange barn som har mottatt barneverntiltak har vansker senere i livet med hensyn til utdanning og arbeid (Clausen & Kristofersen, 2008).

# Målsetting for forskningsprosjektet

- Å få kunnskap om barn og unge i aldersgruppen 12 – 20 år som bor på barneverninstitusjon med fokus på **psykiske lidelser** og **livskvalitet**.
- Å få kunnskap om barna og ungdommenes **behov for og bruk av helsetjenester** for psykiske helseplager.
- Å identifisere **forhold ved institusjonen** som kan ha betydning for barna og ungdommenes fungering.



# Metode





# Informanter



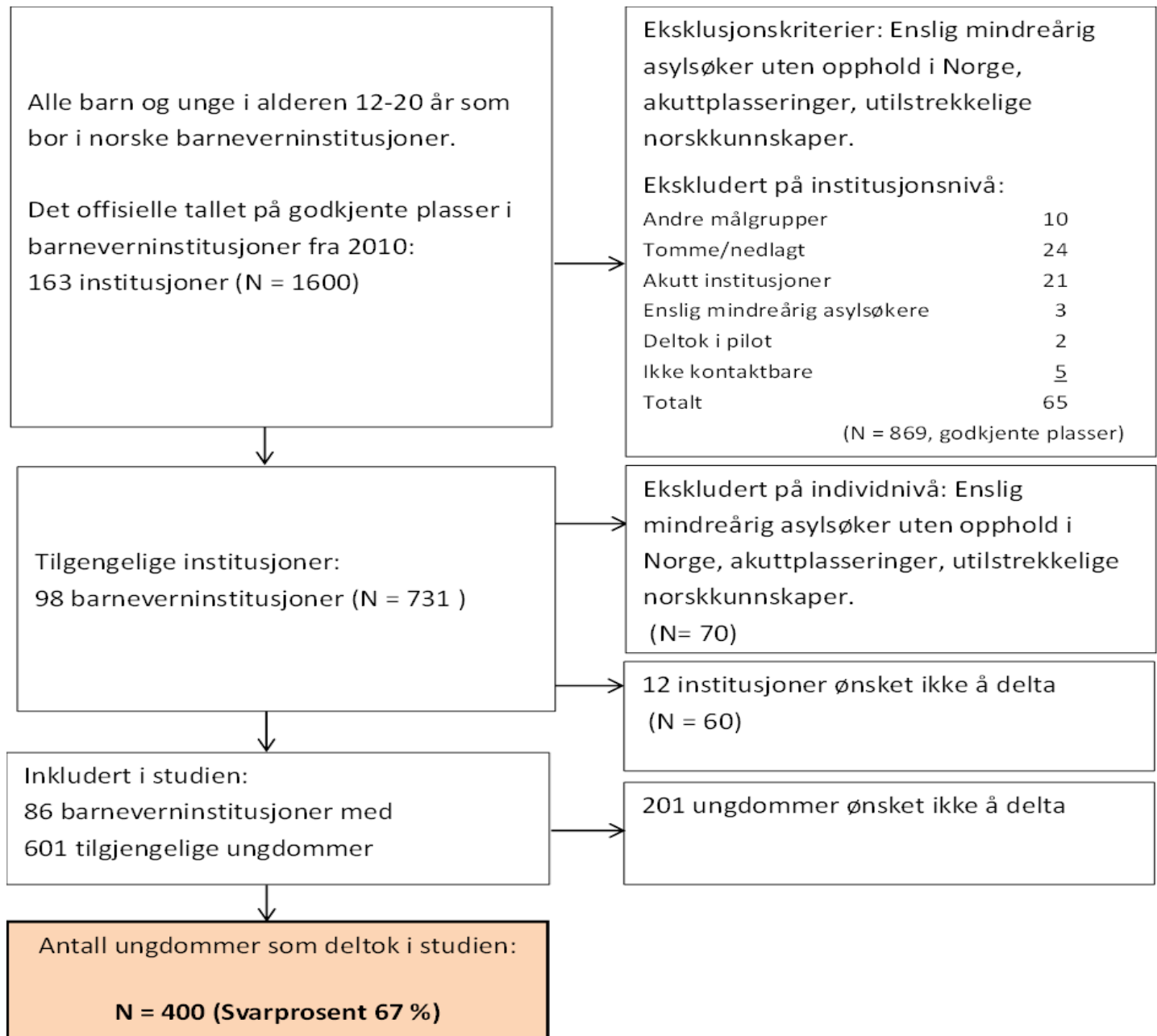
- barn og unge i aldersgruppen 12 – 20 år som bor i barneverninstitusjoner
- alle plasseringsparagrafer bortsett fra akutt
- enslige mindreårige var med dersom de hadde fått opphold i Norge og de snakket godt nok norsk til å gjennomføre et barne- og ungdomspsykiatrisk intervju
- MultifunC institusjonene var ikke inkludert
- ungdommene, institusjonsledere, og hovedkontakter var informanter

# Tidsramme

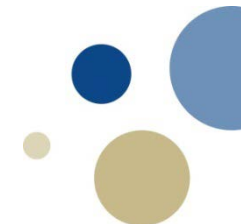
- Prosjektet ble gjennomført i perioden 2010 – 2015.
- Datainnsamling pågikk fra juni 2011 til juni 2014.



# Flytdiagram



# Frafallsstudie



- Child Behavior Check list (CBCL) utfylt av hovedkontakten til hver ungdom for ikke-deltakere (i anonymisert form) og deltakere.
- Frafallsanalysen ble gjort på bakgrunn av informasjon fra 141 ikke-deltakere og 400 deltakere.
- Frafallstudien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK)

Verktøy	Område	Informant
<u>Intervju:</u>		
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) interview	Barne- og ungdomspsykiatri	Ungdom
Intervju om ungdommen	AHDH/Tilknytningsforstyrrelser/ Autismespekter diagnose	Hovedkontakt
Tilleggsintervju av ungdommen	Omsorgshistorikk/skole/rus	Ungdom
<u>Spørreskjema:</u>		
Om institusjonen	Objektive opplysninger	Leder
Community oriented programs environment scale (COPES)	Opplevd sosialt miljø på institusjonen	Ungdom/ Leder
KINDL	Livskvalitet	Ungdom/ hovedkontakt
Child Behavior Check List (CBCL)	Psykisk helse	Hovedkontakt

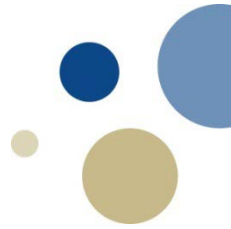
**DSM-IV  
diagnose-  
kriterier:**

- Start
- Varighet
- Hyppighet
- Funksjons-  
nedsettelse
- Behandlings-  
trengende

# Etikk

- Prosjektet har fulgt forskningsetiske retningslinjer og er godkjent av REK.
- Regler for taushetsplikt, anonymitet og samtykke ble til en hver tid fulgt.
- Det ble opprettet en beredskapsordning for å ivareta ungdommene dersom det ble avdekket et udekket hjelpebehov knyttet til psykisk helse, og også ved behov for akutt bistand.

# Resultater



# Deskriptiv analyse av informantene

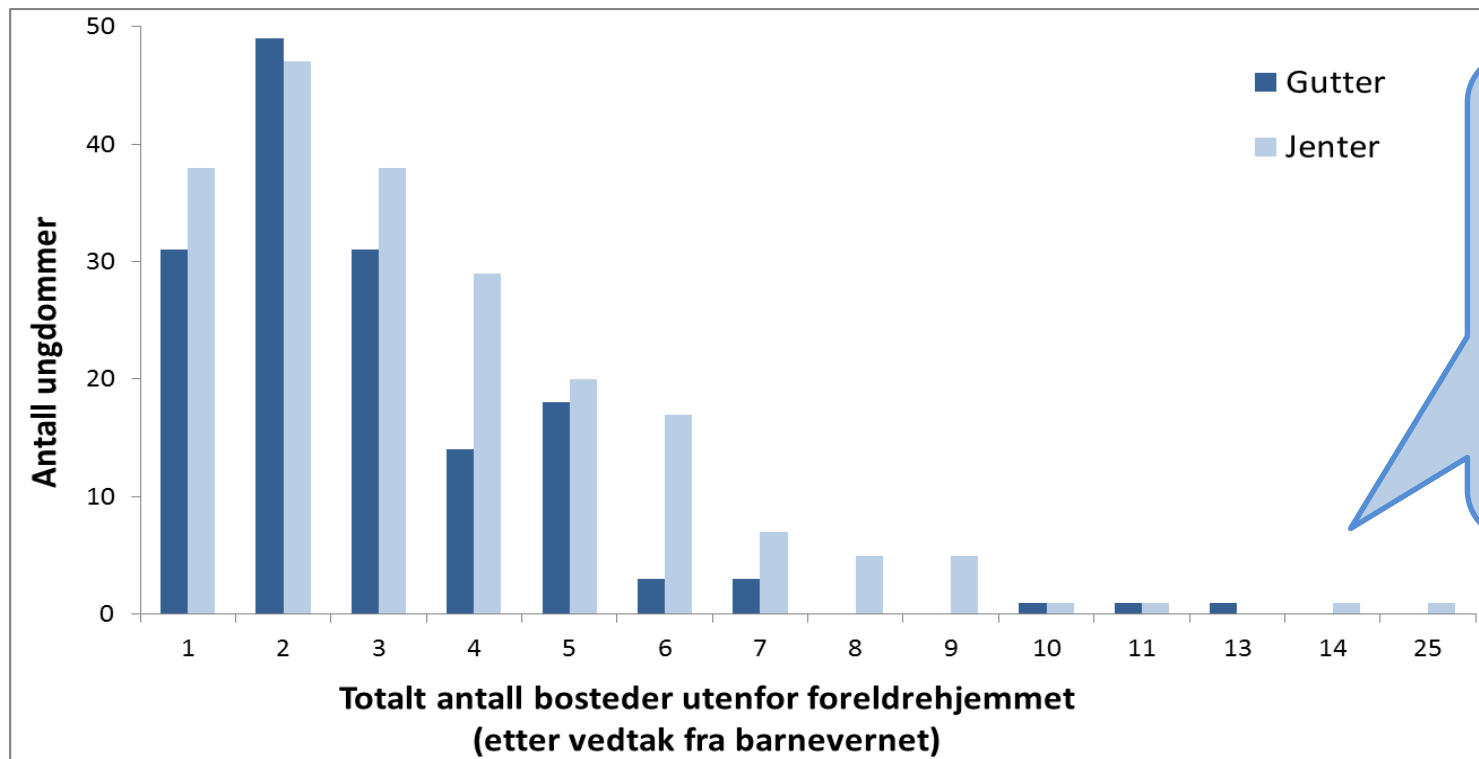
- Ungdommene var gjennomsnittlig 16 ½ år gamle. 57,5 % av deltakerne var jenter.
- Ungdommene var blitt flyttet hjemmefra første gang da de gjennomsnittlig var 12 ½ år gamle.
- 90 % av ungdommene oppgir at de har bodd i barneverninstitusjon i løpet av de 3 siste månedene.





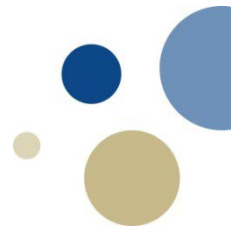
# Deskriptiv analyse av informantene

- De har gjennomsnittlig hatt 3,34 bosteder (varierer fra 1-25 bosteder) utenfor foreldrehjemmet etter vedtak fra barnevernet.



14 % av ungdommene har flyttet mer enn 5 ganger. Av disse er 78 % jenter.

# Deskriptiv analyse av informantene



- Ungdommer som var plassert med samtykke (eget eller foreldre/foresattes) utgjorde 44 % (§ 4-4 og 4-26)
- Ungdommer uten samtykke (eget eller foreldre/foresattes) utgjorde 56 % (§ 4-12 og 4-24)

# Barneverninstitusjonene



- Geografisk fordeling av institusjonene  
36 % Øst, 21 % Vest, 17 % Sør, 14 % Nord, 12 % Midt
- Eieform  
40 % statlige, 38 % private kommersielle,  
20 % private ideelle, 2 % kommunale
- Ingen forskjell i ungdommenes psykiske helse ut fra eierform.

# Forekomst av psykiske lidelser hos unge i norske barneverninstitusjoner

Thomas Jozefiak

Førsteamanuensis, RKBU/NTNU

Overlege i barne-  
og ungdomspsykiatri,  
St. Olavs hospital,  
Trondheim



# Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care

Thomas Jozefiak · Nanna Sønnichsen Kayed ·  
Tormod Rimehaug · Anne Kristine Wormdal ·  
Ann Mari Brubakk · Lars Wichstrøm

Received: 3 October 2014 / Accepted: 22 February 2015

© The Author(s) 2015. This article is published with open access at Springerlink.com

**Abstract** Most adolescents are placed in residential youth care (RYC) because of severe psychosocial strains and child maltreatment, which represent risk factors for developing mental disorders. To plan RYC units and ensure that residents receive evidence-based psychiatric interven-

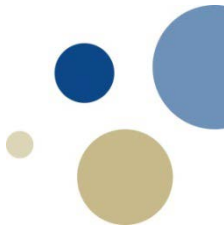
in the study, yielding a response rate of 67 %. Child Behaviour Checklist scores for 141 (7 declining residents were also available, allowing diagnoses according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) for

# Hvordan er forekomsten av psykiske lidelser i den generelle barnebefolkningen i Norge?



- **Tidlig trygg i Trondheim** - førskolebarn:  
**7.1%** hadde minst én psykiatrisk diagnose
  - ADHD 1.9%
  - Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD): 1.8%
  - Alvorlig atferdsforstyrrelse 0.7%
  - Angstlidelser 1.5%
  - Depressive lidelser 2.0%
- **Barn i Bergen** - 7-9 åringer:  
**6 %** hadde minst én psykiatrisk diagnose

# Forskjell mellom vansker og lidelser



- Psykiske vansker indikerer at det er symptomer og/eller problemer tilstede.
- Psykiske lidelser indikerer en kategori i de offisielle diagnostiske manualene der det også tas hensyn til startpunkt, varighet og antall symptomer. I tillegg må det være en funksjonsnedsettelse tilstede for å fylle diagnosen.
- Det skal mye til for å oppfylle kriteriene for en psykiatrisk lidelse.

# Hvorfor diagnoser?

- Sier noe om alvorlighetsgrad av vanskene.
- Viktig at fagfolk bruker de samme begrepene.
- En diagnose indikerer hvilken behandling som skal velges.

ADHD

OCD

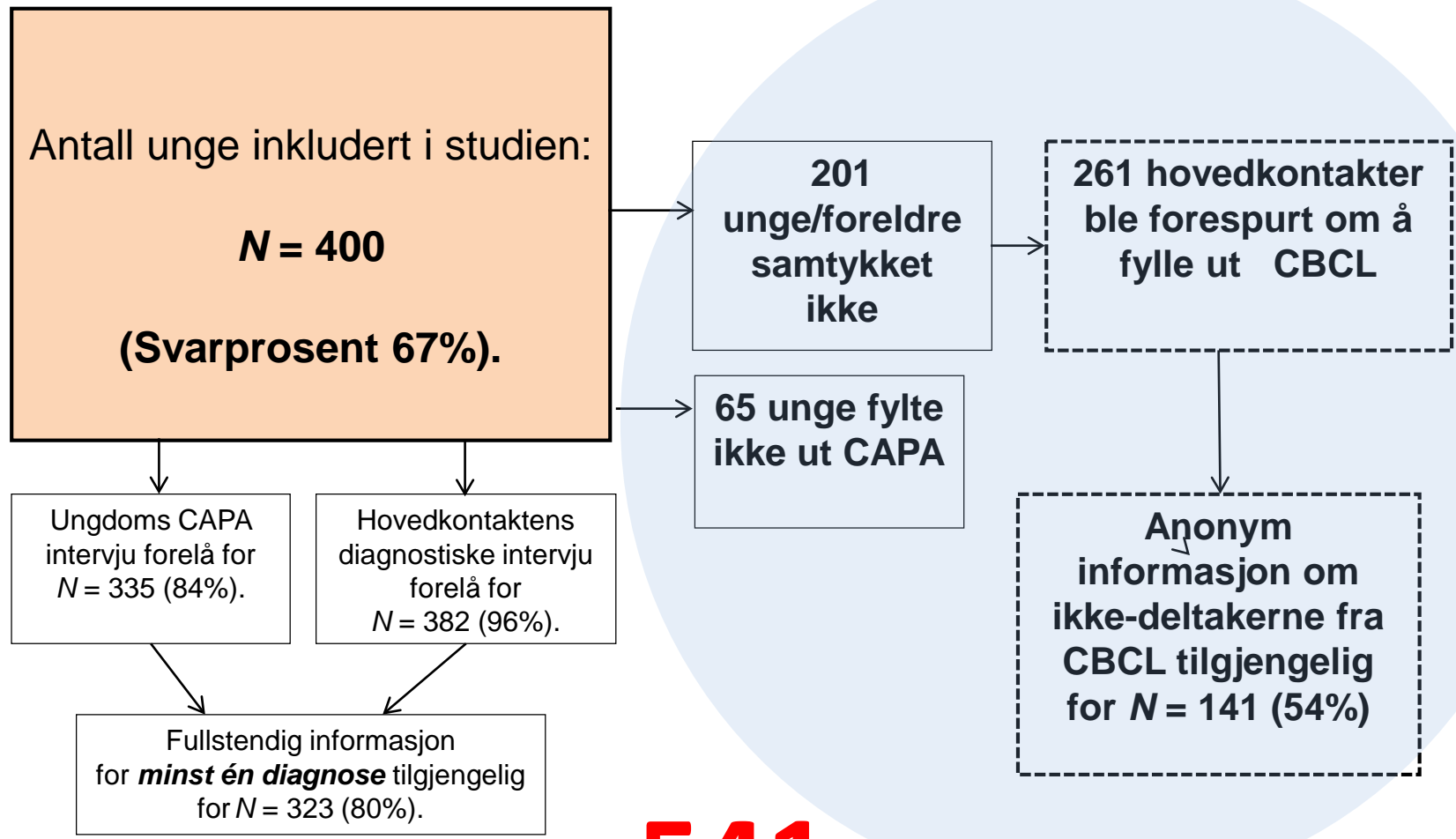
MDD

CD

GAD

ODD





**541**

CAPA = Child and Adolescent Assessment Interview, et internasjonalt anerkjent psykiatrisk intervju i USA.

CBCL = Child Behaviour Checklist ("Liste over barns atferd") som inneholder 112 spørsmål om emosjonelle og atferdsvansker.

# Forekomsten av en eller flere psykiatriske diagnoser

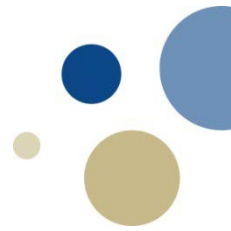
Forekomst observert (n=323)	Forekomst estimert (n=541)
76,2 %	76,0 %

# Nevropsykiatriske diagnoser



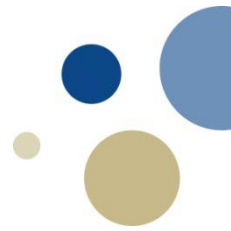
Psykiatrisk diagnose	Beregnings- grunnlag N	Observert forekomst	Estimert Forekomst (N=541)
Asperger's syndrom	323	23.2 %	24.4
ADHD total	399	32.3 %	33.1

# Atferd



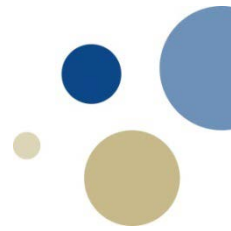
Psykiatrisk diagnose	Beregnings- grunnlag N	Observert forekomst	Estimert Forekomst (N=541)
Alvorlige Atferdsvansker (Conduct Disorders)	335	19.1	17.9
Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD)	335	3.0	2.2

# Depresjon



Psykiatrisk diagnose	Beregnings- grunnlag N	Observert forekomst	Estimert Forekomst (N=541)
Alvorlig depresjon (Major Depression)	335	23.3 %	21.6 %
Dystymi (kronisk nedstemthet)	335	30.2 %	29.0 %
Bipolar	334	0.6 %	0.6 %
Depresjon eller dystymi	335	37.3 %	—

# Angst



Psykiatrisk diagnose	Beregnings- grunnlag N	Observert forekomst	Estimert Forekomst (N=541)
Agorafobi uten panikk	333	12.6 %	12.9
Panikkangst	333	3.9 %	3.5
Panikkangst med agorafobi	333	0.9 %	0.9
Spesifikk fobi	335	6.3 %	5.9
Sosial angst	335	12.5 %	13.7
Tvangslidelse (OCD)	335	3.6 %	3.1
Post-traumatisk stress (PTSD)	335	0.6 %	0.4
Generell angstlidelse (GAD)	335	20.9 %	20.7
<b>Minst én angstlidelse</b>	<b>335</b>	<b>34.0 %</b>	-

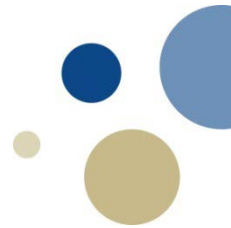
NB!  
PTSD er ikke  
eneste  
uttrykksform  
for å ha vært  
traumatisert.

# Tilknytningsforstyrrelse og rus



Psykiatrisk diagnose	Beregnings- grunnlag N	Observert forekomst	Estimert Forekomst (N=541)
Reaktiv tilknytnings- forstyrrelse (RAD)	323	21,1 %	23,7 %
Stoff misbruk (Substance abuse)	335	11,9 %	12,0 %
Stoff avhengighet (dependence)	335	2,7 %	2,6 %
Bulemi	335	0,9 %	0,7 %

# Kjønn- og aldersforskjeller



- Jenter hadde lavere odds for en alvorlig atferdsforstyrrelsesdiagnose enn gutter.
- Jenter hadde 2-3 x høyere odds for sosial angst og 5 x høyere odds for en dystymi diagnose enn gutter.
- Vi observerte ingen signifikante forskjeller m.h.t. alder og psykiatrisk diagnose.





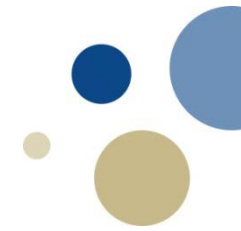
# Frivillig vs ufrivillig plassering

- Ungdom som var ufrivillig plassert hadde 3 x høyere odds for en alvorlig atferdsdiagnose enn de som var frivillig plassert.
- De hadde også 2 x høyere odds for å ha minst én angstlidelse samt å få minst én DSM-IV diagnose.



# Komorbiditet (flere typer lidelser samtidig)

	Noen affektiv lidelse	Noen angst-lidelse	ADHD	Noen atferds-lidelse	Noen ruslidelse
Noen affektiv lidelse	-	59,8 % 5,6 (3,4-9,3)	35,2 % 1,3 (0,8,-2,1)	29,5 % 2,1 (1,2-3,7)	17,2 % 1,8 (0,9-3,4)
Noen angst-lidelse	63,5 % 5,6 (3,4-9,3)	-	33,0 % 1,1 (0,7-1,8)	28,7 % 1,9 (1,1-3,3)	18,3 % 2,0 (1,0-3,8)
ADHD	42,2 % 1,3 (0,8-2,1)	37,3 % 1,1 (0,7-1,8)	-	29,4 % 1,9 (1,1-3,4)	15,7 % 1,4 (0,7-2,7)
Noen atferds-lidelse	52,2 % 2,1 (1,2-3,7)	47,8 % 1,9 (1,1-3,3)	43,5 % 1,9 (1,1-3,4)	-	31,9 % 5,5 (2,8-10,8)
Noen ruslidelse	50,0 % 1,8 (0,9-3,4)	50,0 % 2,0 (1,0-3,8)	38,1 % 1,4 (0,7-2,7)	52,5 % 5,5 (2,8-10,8)	-



# Komorbiditet (flere lidelser samtidig)



- 23 % fyller kriteriene for en Aspergerdiagnose (høytfungerende autisme). Av disse har 17 % en alvorlig atferdsforstyrrelse.
- Av de med atferdsforstyrrelse hadde 25 % en tilknytningsforstyrrelse.



# Komorbiditet (flere lidelser samtidig)

- 26 % av alle vi har undersøkt har en atferdsforstyrrelse eller ett rus problem. Av disse hadde 72 % også en annen diagnose som kan tenkes å være den underliggende årsaken og som kan komplisere en behandlingsprosess.



# Hjelp og hjelpebehov

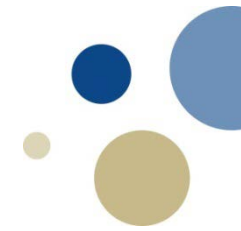
Lars Wichstrøm

Professor Psykologisk institutt/NTNU

Forskningsleder,  
NTNU Samfunnsforskning



# Mottatt helsehjelp for psykiske lidelser



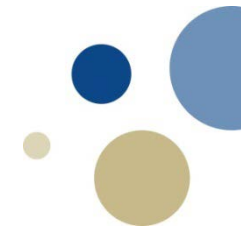
Psykiatri – 2. og 3. linje	Noen gang	Siste 3 mnd
Psykiatrisk sykehus (innleggelse)	27,7	2,7
Psykiatrisk eller barnepsykiatrisk klinikk (innleggelse)	11,3	3,0
Bo- og behandlingssenter/kollektiv	3,2	1,1
Avrusningsenhet for stoff eller alkohol	10,6	4,5
Dagbehandling	3,2	1,1
Poliklinisk behandling for narkotika/alkohol	4,5	1,9
Psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom eller voksne	78,3	25,1
Private behandlingstilbud	12,7	8,1
Totalt, noen psykiatri – 2. og 3. linje	86,5	37,8

# Mottatt helsehjelp for psykiske lidelser



Medisinsk hjelp	Noen gang	Siste 3 mnd
Helsesøster på skolen	19,0	3,2
Fastlege/annen lege	20,4	6,2
Akuttmottak på sykehus	10,4	3,8
Innlagt somatisk sykehus	15,8	1,6
<b>Totalt, noen medisinsk hjelp</b>	<b>44,2</b>	<b>10,8</b>

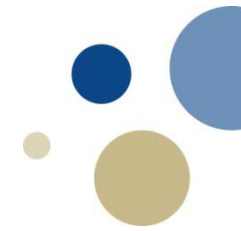
# Mottatt helsehjelp for psykiske lidelser



Pedagogiske tiltak	Noen gang	Siste 3 mnd
Skolerådgiver eller PPT	40,8	7,9
Spesialundervisning for atferds- eller emosjonelle vansker	31,4	13,9
Spesialundervisning for lærevansker	34,8	13,5
Lærer på skolen	11,1	3,4
Internatskole	1,6	0,3
Privatundervisning	3,2	0,9
<b>Totalt, noen pedagogiske tiltak</b>	<b>69,6</b>	<b>26,7</b>



# Mottatt helsehjelp for psykiske lidelser



Uformell/uorganisert hjelp	Noen gang	Siste 3 mnd
Religiøs rådgiver	1,1	0,5
Alternativ terapeut/v healer	2,2	0,8
Krisetelefon	6,0	1,1
Selvhjelpsgruppe	2,2	0,5
Støttegrupper på internett	2,8	1,7
Hjelp fra slektninger	27,4	13,3
Annen ikke-profesjonell voksen hjelp	13,8	7,0
Hjelp fra venner	37,7	22,5
<b>Totalt, noen uformell/uorganisert hjelp</b>	<b>54,5</b>	<b>32,3</b>
<b>Totalt, noen formell hjelp</b>	<b>97,6</b>	<b>60,6</b>
<b>Totalt, noen hjelp</b>	<b>98,1</b>	<b>72,8</b>

# Institusjonenes Sosiale Miljø



Torill Tjelflaat  
Seniorrådgiver, RKBU/NTNU

Tormod Rimehaug  
Førsteamanuensis, RKBU/NTNU

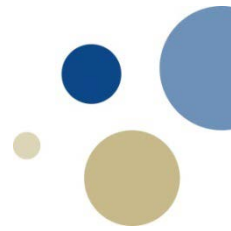
- Ungdommene oppfatter det sosiale miljøet på institusjonen som relativt greit
- Ledere skårer i hovedsak noe mer positivt enn ungdommene



# Livskvalitet

Thomas Jozefiak

Nanna Kayed





RESEARCH

Open Access



# Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services

Thomas Jozefiak<sup>1,2\*</sup> and Nanna Sønnichsen Kayed<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** Child welfare services are aimed at providing care and protection, fostering well-being and prosocial behaviour. Thus, Quality of Life (QoL) should be an important outcome measure in Residential Youth Care (RYC) institutions. However, the dearth of research in this area gives rise to serious concern. The present study is the

# Livskvalitet

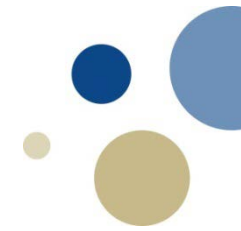


- Livskvalitet er et subjektivt mål på hvordan man selv synes man har det på ulike arenaer i livet.
- Sammenlignet med den generelle ungdomsbefolkningen rapporterer unge i barneverninstitusjoner dårligere livskvalitet på alle kartlagte områder (fysisk velvære, følelsesmessig velvære, selvbilde, venner og skole).
- Forskning har vist at lav livskvalitet i et langtidsperspektiv fører til negative helsemessige, psykologiske og sosiale konsekvenser.



# Traumer og psykisk helse

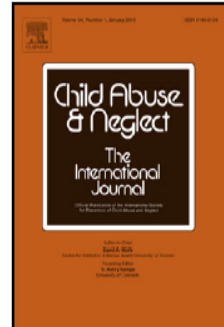
Hanne Klæboe Greger  
PhD, RKBU, NTNU





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Child Abuse & Neglect



Research article

# Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population<sup>☆</sup>



Hanne Klæboe Greger<sup>a,d,\*</sup>, Arne Kristian Myhre<sup>b,c</sup>, Stian Lydersen<sup>d</sup>,  
Thomas Jozefiak<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry, St. Olavs Hospital, Pb 6810 Elgeseter, 7433 Trondheim, Norway

<sup>b</sup> Regional Center on Violence, Traumatic Stress and Suicide Prevention, Region Mid-Norway, Schwachs Gate 1, 7030 Trondheim, Norway

<sup>c</sup> Children's Clinic, St. Olavs Hospital, Pb 3250 Sluppen, 7006 Trondheim, Norway

<sup>d</sup> Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Faculty of Medicine, RKBU Central Norway, Pb 8905, MTF5, N-7491 Trondheim, Norway

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article history:

Childhood maltreatment is known to increase the risk of future psychiatric disorders. In



**Table 2**

Different types of maltreatment, psychiatric disorders, and suicide attempts in boys and girls (OR adjusted for age).

	Girls ( <i>n</i> = 197), %	Boys ( <i>n</i> = 138), %
Reported any form of maltreatment	78.1	60.4
Exposure to family violence	8.7	2.9
Exposure to community violence	25.5	28.8
Victim of family violence	46.4	27.3
Victim of community violence	19.9	30.2
Victim of sexual abuse or rape	40.8	6.5
Exposure to household dysfunction	64.2	48.8
Mean no. of types of victimization (victimization scale 0–4)	1.8	1.1
Any emotional disorder	60.7	37.4
Any behavioral disorder	14.8	29.5
Any diagnosis	70.6	68.5
Attempted suicide	44.3	23.2
Mean no. of diagnoses	2.4	1.7



# Diskusjon



# Hovedfunn - forekomst



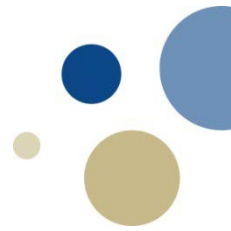
- Forekomsten av psykiatriske lidelser blant unge som bor i barneverninstitusjoner er 76 %, som er svært høyt.
- Dette er diagnoser gitt innfor de siste 3 månedene, med symptomers start, varighet og hyppighet, samt funksjonsnedsettelse tilstede.
- 90 % av ungdommene oppgir at de har bodd i barneverninstitusjon i de 3 siste månedene.

# Hovedfunn – internaliserte vansker



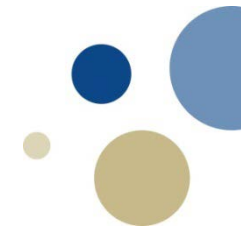
- Vi finner et overraskende høyt antall ungdommer med angst og depresjon.
- Dette går på tvers av det bildet man sitter med av ungdommer i institusjon, der atferdsvansker og rusproblematikk blir trukket frem (Backe-Hansen, Bakketeigen, Gautun, & Grønningsæter, 2011).

# Hovedfunn - mottatt helsehjelp



- 61 % av ungdommene sier de har mottatt noen form for formell hjelp de 3 siste månedene.
- Kun 25 % av ungdommene oppgir at de har vært i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og 38 % oppgir at de har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten de 3 siste månedene.
- Hadde alle ungdommene som fylte kriteriet for en psykiatrisk diagnose blitt henvist til BUP, hadde det utløst rett til helsehjelp.

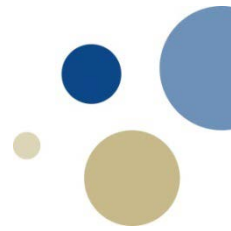
# Flere lidelser samtidig – for å gi dere et bilde



Generelt høy «samsykelighet» av psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner:

- unge med alvorlige atferdsforstyrrelser hadde i høy grad depressive lidelser og angstlidelser.
- unge med autismediagnose hadde atferdsforstyrrelser
- unge med atferdsforstyrrelse hadde tilknytningsforstyrrelser
- ung med rus eller atferdslidelse hadde i høy grad også andre diagnoser.

# Vanskelig å oppdage, vanskelig å behandle



Dette tegner et bilde av ungdommer i norske barneverninstitusjoner som har alvorlige, sammensatte psykiatriske lidelser som gjør det vanskelig

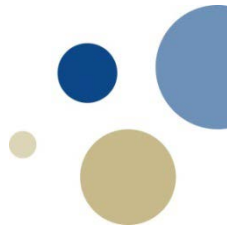
- å oppdage lidelsene i sin helhet
- og behandle dem.

# Differensiering av institusjonstilbud



- Nylig er det blitt innført differensiering i institusjonstilbudet der institusjonene er faglig spesialisert mot atferd, rus og omsorg.
- Vi ser tydelig at det er et behov for en slik differensiering av institusjonstilbudet.
- Samtidig ser vi at med den høye forekomsten av lidelser og komorbiditet våre resultater viser kan en slik differensiering være problematisk.

# Eksempel – Teknikker for regulering av atferd



Institusjoner som har regulering av atferd som hovedmålsetting kan typisk ha fokus på:

- klare regler
- belønningssystemer
- konsekvenser ved brudd på regler
- «Time-out»

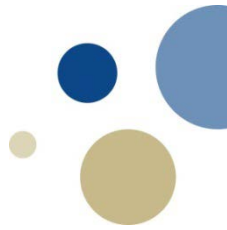
For en ungdom som i tillegg til atferdsforstyrrelse lider av angst, depresjon, autisme eller tilknytningsforstyrrelse vil mye av dette i liten grad være gunstig.



# Miljøterapeutisk behandling

- Ansatte i barneverninstitusjonene er hovedsakelig utdannet i **miljøterapi**, dvs de er gode på å gi omsorg, etablere et positivt sosialt miljø og sette grenser.
- Det et minstekrav om 50 % faglærte blant ansatte i barneverninstitusjoner (Barnevernloven, 2008).
- De ansatte er ikke utdannet i å se eller forstå psykiatriske lidelser eller drive psykiatrisk behandling.
- Behandlingsbegrepet er heller ikke omtalt i Barnevernloven bortsett fra i forbindelse med rus (§ 4-24) og atferd (§ 4-26)
- Mange av ungdommene har behov for begge deler – både miljøterapi og psykiatrisk hjelp.

# Et langsiktig perspektiv



- Innenfor **barnevernsektoren** er dagens faglige føringer korte plasseringer og tilbakeføring til foreldre/foresatte/slektninger.
- Dette kan føre til mange flyttinger og relasjonsbrudd.
- I **helsevesenet** ser man den samme trenden til krav om effektivitet og korttidsbehandlinger.
- For at man skal komme i en posisjon til å hjelpe ungdommer med den påviste sammensatte problematikken, blant annet tilknytningsforstyrrelse, trengs det mulighet **for langsiktige, kontinuerlige tiltak og behandling** for dem som trenger det.

# Hvorfor får ikke ungdommene behandling?

Etisk sett er det problematisk at det finnes gode evidensbaserte behandlingsformer for ungdommer, men som i følge våre resultater er begrenset tilgjengelige for ungdommer i barneverninstitusjoner. Hvorfor?

- Kanskje er de udiagnostiserte?
- Kanskje de er feildiagnostiserte (atferd og rus maskerer underliggende problematikk)?
- Kanskje er ikke ungdommene «mottakelige» for hjelp?
  - Kortsiktige plassering gjør **terapeutisk allianse** er vanskelig å etablere.
  - Kanskje ungdommene blir **flyttet vekk** fra et allerede etablert behandlingstilbud?
  - I helsevesenet er den gjeldende faglige føringen poliklinisk **korttidsintervensjon**.
  - Ungdommene har tilknytningsforstyrrelser og sammensatte lidelser som gjør at behandling er **krevende og tar lengre tid**.

# Behov for kartlegging

Med kunnskap om en så høy forekomst av psykiatriske lidelser må man i fremtiden sikre seg at disse blir avdekket når ungdommen blir plassert i en barneverninstitusjon:

- Det er nødvendig med en bred kartlegging før plassering.
- Denne bør fokusere på ungdommenes **styrker**, hvilke **utfordringer** det må jobbes med og eventuelt hvilken **behandling** som må fremskaffes.
- Dette må ikke ses på som et engangsforeteelse, men som en **kontinuerlig prosess** der tiltak/behandling evalueres og eventuelt korrigeres fortløpende.
- Ansatte i barneverninstitusjoner bør få høyere kompetanse i å gjenkjenne psykiske lidelser, slik at de får ungdommene henvist til rett instans.

# Hvordan skal ungdommene få den behandlingen de har behov for?

Dette er et politisk spørsmål som ligger utenfor forskningsprosjektets målsetning, men ut fra resultatene kan vi peke på følgende:

- Det er behov for en kritisk revurdering av nåværende **organisering** mellom helsesektoren og barnevernsektoren på alle nivåer.
- Et kritisk blikk på hensiktsmessigheten av eksisterende **lovverk**.
- I lys av den påviste komorbiditeten av psykiatriske lidelser, inkludert tilknytningsproblematikk, må man være åpen for **utvikling av/forskning på nye behandlingsformer** som bedre dekker det ungdommen lider av.

# Beskyttelsesfaktorer



I tillegg må det jobbes aktivt fra institusjonens side med å styrke beskyttelsesfaktorer som

- vennskap
- selvtillit
- sosial støtte og
- sosial kompetanse

for å øke ungdommens livskvalitet.



# Beskyttelsesfaktorer



- En av de viktigste beskyttelsesfaktorene for ungdommer er **skole/utdanning**. Tidligere forskning har vist at barnevernsbarn generelt, og institusjonsbarn spesielt, kommer dårlig ut sammenlignet med befolkningen forøvrig (Backe-Hansen et al. 2014).
- 76 % av ungdommene i denne undersøkelsen har en psykiatrisk lidelse. I tillegg til de lidelsene dette medfører, er det er en **alvorlig hindring for læring**.
- Konsekvensen av manglende utdanning i et langtidsperspektiv kan bli marginalisering på mange viktige livsområder.

# Avslutning

- Dette forskningsprosjektet har dokumentert en høy forekomst på 76 % av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner.
- De psykiske lidelsene er komplekse og vanskelige å oppdage og behandle.
- For få får spesifikk helsehjelp for sin psykiatriske lidelse.





# Økt kunnskap om omfanget av og kvalitet på helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner

I RKBU'ene sitt tilskuddsbrev fra Hdir og Bufdir for 2015 står det:

**«Senterne skal bistå Hdir og Bufdir med å kartlegge erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hos barn i barneverninstitusjoner. Det skal utredes hvordan barna skal sikres nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene. »**

# Opplæringsprogram

I RKBU'ene sitt tilskuddsbrev fra Hdir og Bufdir for 2014 står det:

**«RKBU Midt skal lede utviklingen av en prosjektskisse som særlig gir innspill til innhold og form på et opplæringsprogram rettet mot ansatte i barneverninstitusjon innen barn og unges psykiske helse.»**

Sluttkonferanse i Trondheim 20/11/15

# Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner

**Takk for  
oppmerksomheten!**

Kontaktinformasjon:  
Nanna.Kayed@ntnu.no  
RKBU/NTNU  
Telefon: 73 55 15 00



Rapporten kan lastes ned fra:

[https://www.ntnu.no/trykk/publikasjoner/Barnevernrapport\\_RKBU/](https://www.ntnu.no/trykk/publikasjoner/Barnevernrapport_RKBU/)

