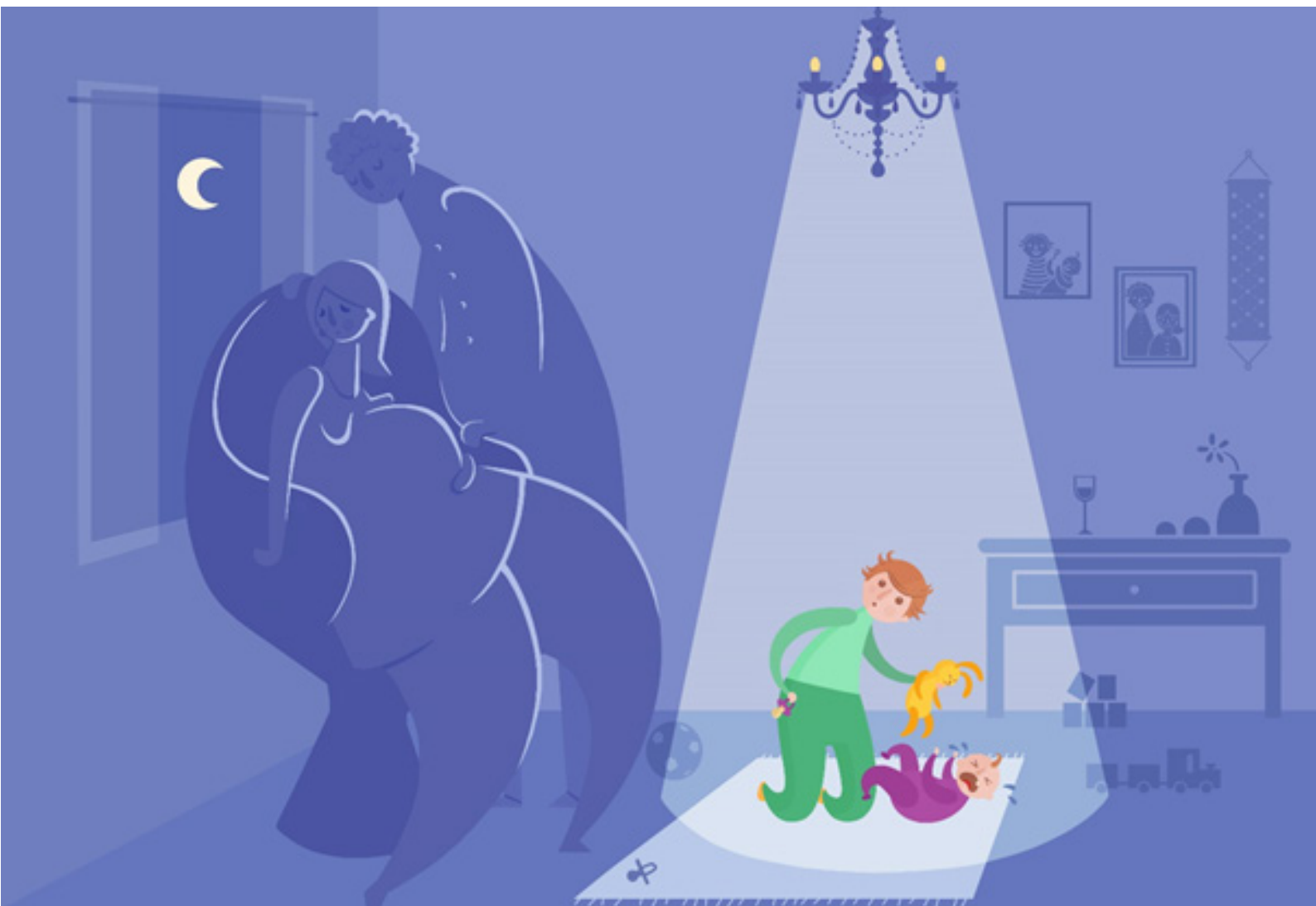


LEGER MED BARNEBLIKK



DELPROSJEKT ÅLESUND HØST 2018

Ved fastlege Ingeborg Olga Relling, erfaringsrepresentant
Merethe Tryggestad og psykiater Eva Liahjell

Innhold

Innledning	3
Oppstartsmøte for Leger med Barneblikk i Ålesund	3
Gjennomføring	4
Møter med fastleger i Ålesund.....	4
Tilbakemeldinger fra legene	6
Prosessledernes erfaringer fra prosjektet	7
Evaluering.....	7
Tiltak.....	8
Oppsummering.....	9

Innledning

Situasjonen til barn av psykisk syke og rusmisbrukere har de siste årene fått økende oppmerksomhet. I 2011 la Folkehelseinstituttet fram en rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, hvor det ble det beregnet hvor mange barn som hadde én eller to foreldre med psykiske lidelse eller som misbrakte alkohol/andre rusmidler, samtidig som man så på hvilken risiko som er knyttet til en slik livssituasjon.

I 2010 ble lovgivningen endret med innføring av nye bestemmelser i helsepersonelloven (kap. 2, § 10a) og spesialisthelsetjenesteloven (kap. 3, § 3-7a), som omhandler plikt til ivaretagelse av mindreårige barn som er pårørende. I dette lovverket defineres barn som pårørende som «barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade». Dette var noe av utgangspunktet for Helsedirektoratets pålegg om at kommunene måtte organisere og samordne sine tjenester bedre for å ivareta barn av foreldre med rusproblem eller psykiske lidelser.

I Møre og Romsdal er ikke "blikket på barna" noe nytt, arbeidet med BiRus og Barnespor har pågått siden 2009, men har i hovedsak rettet seg mot barn av pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten. Imidlertid vil fastlegen ofte være den som først får kjennskap til pasientens rusproblem eller psykiske lidelse og samtidig ha informasjon om barna i familien, en kunnskap som er viktig å utnytte til barnas beste. Men hvordan ?

I 2017 ble det opprettet et prosjekt rettet mot fastleger, "*Leger med barneblikk*" finansiert av innovasjonsmidlar fra Fylkesmannen. Det første delprosjektet ble gjennomført på Søre Sunnmøre med forankring i Ulstein kommune, det andre prosjektet med forankring i Ålesund kommune med oppstart høsten 2018.

Målsettingen for delprosjektene Leger med barneblikk:

- Få oversikt over mulige forbedringer i samarbeidsrutinene mellom fastleger og andre tjenester om gravide og småbarnsfamilier som omfattes av rus eller psykiske vansker
- Kompetanseheving og erfaringsdeling for fastleger om gravide og småbarnsfamilier som omfattes av rus eller psykiske vansker

Oppstartsmøte for Leger med barneblikk i Ålesund

Presentasjon av Barneblikk og bakgrunnen for Leger med Barneblikk ved Mette Grytten, barneblikkoordinator.

Presentasjon av erfaringsrepresentant Merethe Tryggestad, prosessledere for delprosjektet i Ålesund, Ingeborg Olga Salen Relling (fastlege ved Daeeskogen legesenter) og Eva Liahjell (overlege Voksenpsykiatrisk poliklinikk).

Prosessleder Inger Lise Kaldhol (kommunelege i Volda, tidligere kommunelege i Ulstein) la frem rapporten fra prosjektet i Ulstein kommune og kom med gode innspill til oss som ansvarlige for gjennomføring av delprosjektet i Ålesund.

Aktivitet	Når	Ansvarlig
Avtale med to leger som prosessledere	juni - august	Koordinator for Barneblikk
Avtale med brukerrepresentant	juni-september	Koordinator for Barneblikk
Planleggingsmøte, fordeling av oppgaver Gjennomføring av møter med fastleger	november-desember	Prosessledere og erfaringsrepresentant
Evaluering	januar -19	Prosessledere, brukerrepresentant og koordinator
Søke midler for evt. videreføring	februar -19	Koordinator

Aktivitetsplan 2018

Utgiftspost	Sum
Frikjøp timeressurs leger (gj.snitt 3 t/u i 17 uker x 2)	102 000
Honorar brukerrepresentant	14 000
Reiseutgifter	14 000
Sum	130 000

Budsjett høsten 2018

Det ble avholdt til sammen tre møter hvor prosessledere og brukerrepresentant deltok. Formen var uformell, gjennom et møte på et fastlegekontor med servering av mat og drikke.

Møter med fastleger i Ålesund

Deltakerne presenterte seg, det ble gitt orientering om prosjektet, deretter noen tall på hvor mange barn man antar lever i familier hvor én eller begge foreldre hadde en psykisk lidelse eller hvor det forekom rus. Brukerrepresentanten fortalte så om sine erfaringer.

Vi gikk i gjennom grunnlag for bekymringsmeldinger og mulighet til å drøfte saker anonymt.

Vi brukte litt tid på å presisere hva som ligger i opplysningsplikt/meldeplikt,

Ansvarsfordeling:

- Ålesund kommune står som arbeidsgiver, ordner arbeidsavtale og betaler ut lønn og reisekostnader til de to legene og brukerrepresentanten
- Ålesund kommune har ansvaret for det regnskapsmessige og revisorattestering til Fylkesmannen
- Koordinator for Barneblikk er kontaktperson for legene og brukerrepresentanten
- Legene blir prosessledere og sørger for framdrift og gjennomføring av prosjektet
- Koordinator for Barneblikk innkaller til evalueringsmøte i etterkant av gjennomføring

Gjennomføring

Prosesslederne var i starten av perioden invitert på konferansen Barnet og Rusen i Kristiansand, men hadde dessverre ikke anledning til å delta, faglig oppdatering ble derfor gjennomført på egenhånd. Det ble deretter holdt et planleggingsmøte angående organisering av legemøtene. I tillegg var det nødvendig å få en oversikt over gjeldende tjenester og hvordan det nye tilbudet med Familieteam ville bli integrert i disse, da var et mål minne om kommunens tilbud for legene, og gi kortfattet informasjon om hvor og hvordan de kunne henvende seg i aktuelle saker.

Med hvem	Hvor	Tidspunkt
Fastleger, smågruppe	Blindheim legesenter	15.10.18 kl. 18.00-20.30
Fastleger, smågruppe	Daaeskogen legesenter	13.11.18 kl. 19.30-22.00
Fastleger, smågruppe	Daaeskogen legesenter	06.12.18 kl. 19.30-22.00

Møter med fastlegene

fordi mange saker ligger i gråsonen. Vi repeterte Helsepersonellovens avsnitt om meldeplikt (Opplysninger til barneverntjenesten, § 33):

Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ umiddelbart melde fra til barneverntjenesten:

- **Når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.**
- **Når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker.**

Barnevernet blir oftest negativt assosiert med bekymringsmeldinger, men det var viktig å ta med at foreldre kan selv ta kontakt med barnevernet (eller oppfordres til dette) der de har behov for hjelp og støtte i en vanskelig livssituasjon. Barnevernet skal i disse tilfellene gi råd og veiledning, eventuelt etablere samtykke-baserte tiltak for familien, som for eksempel avlastning.

Barnebliksatsingen på sin side skal bidra til å fange opp familier på et tidlig tidspunkt der en vet at den ene eller begge foreldrene har (eller har hatt) lette/moderate psykiske vansker eller et rusproblem. Det ble høsten 2018 etablert et tverrfaglig Familieteam i Ålesund, et lavterskeltilbud hvor foreldre selv kan henvende seg, eventuelt hvor helsepersonell kan ta opp saker til drøfting etter å ha vært i kontakt med pasienter i kategorien nevnt over.

Spørsmål som ble diskutert på fastlegemøtene:

- Hvordan avdekke rus hos pasienter eller at barn sliter?
- Hvilke symptomer kan et barn framstå med der foreldre har psykiske eller rusproblemer? Atferdsvansker blir ofte tolket som utagerende atferd, men en stille tilbaketrasket barn, eller et barn som tar unormalt mye ansvar kan også være et viktig tegn på at noe ikke er som det skal.
- Hvordan ta opp problemet uten å skade lege-pasientrelasjonen?
- Hvordan fange opp utsatte barn og skape allianse?
- Hvordan gi informasjon til barna om foreldrenes vansker?
- Hvordan tilby konkret hjelp/tiltak?

Vi snakket om foreldre som ønsker å holde sykdom og rus hemmelig for barna, men at det i de fleste tilfeller er best med åpenhet. Fastlegen bør oppfordre til åpen dialog med barna, eventuelt tilby seg å være med i samtale for å gi informasjon tilpasset alder. I mer alvorlige tilfeller er ofte spesialisthelsetjenesten involvert, men fastlegen vil også komme i situasjoner der det er naturlig å tilby oppfølging av barn som pårørende.

Videre ble det diskusjon om samarbeidsformer (lege/helsesøster/kommunalt personell/spesialisthelsetjenesten), opplevde barrierer/frustrasjoner, forslag og ønsker fra fastlegene og diskusjon av enkelte eksempler fra allmennpraksis og erfaringer fra spesialisthelsetjenesten. Legevaktslegens rolle ble også tatt opp. Det var enighet om at legevaktslegen ofte kom bort i tilfeller med skader der rus var involvert, og hvor det hadde vært naturlig å følge opp saken videre viss det dreide seg om en barnefamilie.

Vi valgte å ikke bruke video eller power point-presentasjon, men hadde med brosjyremateriell, informasjon om Ressursbasen, søknadsprosedyrer og utskrift av målgruppen for Familieteamet samt inkluderingskriterier når disse forelå. Formen la til rette for en uformell og åpen diskusjon rundt de ulike temaene.

Tilbakemeldinger fra legene

Som ved prosjektet på Søre Sunnmøre, ble det reflektert rundt hvor mange barn problemstillingen angår, og at det utvilsomt er mange barn som lever i familier med rusproblemer som fastlegen ikke kjenner til.

Et raskt regnestykke viste at hver fastlege i teorien hadde flere titalls barn i risikozonen på sin liste.

Dette førte til viktige refleksjoner. Når var det man kunne fange opp risikobarn? Var det når barnet presenterte tegn eller symptomer, eller når fastlegen kjente til psykiske vansker hos en forelder, eventuelt rusproblem? Hvordan tilnærmet man seg problemstillingen, uten å skyve pasienten fra seg?

Vi snakket om at det kunne være vanskeligst å konfrontere ressurssterke pasienter hvis man hadde mistanke om et rusproblem, enda vanskeligere å antyde at barn i familien kunne være under belastning pga dette.

Det ble refleksjoner rundt hvordan en ikke-fordømmende dialog kunne etableres. Åpenhet ble sett på som mest betydningsfullt. Erfaringskonsulentene la vekt på at helsepersonell kunne opptre unnvikende, i stedet for å stille direkte spørsmål. Dette bidro som oftest bare til usikkerhet.

Barnevernets rolle ble et tilbakevendende tema. Det ble bekreftet at fastlegene er de som sjeldnest sendte bekymringsmeldinger, gjerne av redsel for å skade alliansen som han/hun hadde til pasienten. Redsel for å skade alliansen kunne også være den største barrieren mot å stille "de viktige spørsmålene" når grunnlag for dette var til stede. Når det gjelder bekymring for barn er det en vanlig oppfatning blant leger at andre instanser i større grad har kompetanse/mulighet til å fange opp de som er utsatt.

Dette fritar likevel ikke legen, som har en selvstendig plikt til å handle ved mistanke om omsorgssvikt. I forbindelse med dette, ble det reist spørsmål om hvilke rutiner som fantes ved Legevakta eller sjukehusets medisinske avdeling, hvis det kom inn pasienter med intox eller skader i tilknytning til rus – hvem kartlegger eventuelle barns situasjon? Så langt vi vet, har alle sykehusavdelinger plikt til å fylle ut "barneark" der dette er relevant, og ved Psykiatrisk avdeling er det en fast rutine med bekymringsmelding til barnevernet hvis man mener barn blir utsatt for omsorgssvikt pga rus eller psykisk lidelse hos foreldre. Ved Medisinsk intensiv avdeling synes det å være opp til den enkelte lege å velge om det skal bli sendt bekymringsmelding der foreldre ble innlagt med intox. Det er derimot en klar rutine for at disse pasientene skal vurderes av psykiater før utskrivelse. Epikrise blir sendt fastlege dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Det resulterer i at ballen spilt tilbake til fastlegen – som tar saken videre, eller? (Hvis pasienten motsetter seg informasjon til fastlege, er det iallfall grunn til å bekymre seg, tenker vi).

Fastlegenes frustrasjon var stor over at når de sendte bekymringsmelding til Barnevernstjenesten, fikk de sjelden tilbakemelding. Barnevernet er pålagt å sende tilbakemelding om at melding er mottatt og om undersøkelsessak er opprettet, men har ikke uten videre anledning til å gi informasjon utover dette hvis det ikke er etablert et samarbeid (altså ikke pålagt å informere om utfallet av saken).

Manglende tilbakemelding fra barnevernet var en faktor som svekket samarbeidet. Legene hadde også skepsis til håndtering av enkelte saker fra BV sin side, kunne oppleve seg mer som "pasientens advokat", gjerne fordi de bare hadde pasientens versjon?

Opplevelsen av "tette skott" mellom ulike hjelpeinstanser ser ut til å kunne skjerpe motsetningene og redusere effekt av tiltak.

Legene så det som særdeles positivt med et lavterskeltilbud for barnefamilier med problemer, fordi legene kjenner Barnevernet på mange måter har vært det eneste alternativet når mistanke om at barn lider overlast først er bekymringen er alvorlig, og det er alltid vanskelig for fastlegen (eller psykiater/psykolog) å meddele pasienten at han/hun ser det som nødvendig å involvere BV-tjenesten. Fastlegene ønsket velkommen et lavterskeltilbud der veien inn var kort, frivillig og hvor man kunne møte uten frykt for å i alt for stor grad å bli "bedømt". Legene var positive til å være med på oppstartsmøte med Familieteam. Som det sto i rapporten fra prosjektet i Ulstein: *"Familieteam skal følges som eit hjelpetiltak og ikkje eit kontrolltiltak."*

Hva lærte vi?

Det var krevende å samle fastlegene til oppsatte datoer, alle forespurte var positive og viste interesse, men ikke alle hadde tid til å delta på møtene. Det kom til gode samtaler og meningsutvekslinger, med håp om at diskusjonstema ble tatt videre til kolleger ved det enkelte fastlegekontor.

Prosessleder og psykiater fra spesialisthelsetjenesten opplevde deltakelsen som lærerrik, et positivt møte med fastleger i kommunen og en påminning om fokus på barn av pasienter i egen praksis. Det opplevdes dessuten som nyttig i forhold til å orientere seg innenfor kommunens tilbud til barnefamilier. Denne kunnskapen ble brakt videre til kolleger ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Prosesslederen som også var fastlege syntes deltakelsen i prosjektet var nyttig sett i relasjon til egen arbeidshverdag, hun ble mer bevisst egen praksis og hadde i større grad med seg "barneblikket" videre. Med sin arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten (BUP og VOP) hadde hun mulighet til å se problemstillingene fra flere synsvinkler. Hun opplevde at prosjektet allerede kunne bidra til bedre kommunikasjon mellom kommunale og statlige instanser.

Brukerrepresentanten opplevde sin deltakelse som udelt positiv, både at det var meningsfylt å kunne drøfte utfordringer fra sett fra pårørende/pasienten sitt ståsted, og dele erfaringer på godt og vondt innenfor trygge rammer.

Evaluering

Vi er enige om at forebyggende arbeid rettet mot barn i sårbare situasjoner/familier/faser er svært viktig og kan gi en uvurderlig gevinst med hensyn til forebygging av vansker senere i livet.

Kontakt og diskusjon med fastlegene opplevdes nyttig for alle parter. Møtene satte fokus på utfordringer legene satt med i hverdagen, hvor de ofte ikke hadde konkrete verktøy eller måter å håndtere sine bekymringer på. Et lavterskeltilbud som Familieteamet er kjærkomment, det å komme familier til unnsetning i en tidlig fase, uten at dette skader alliansen med fastlegen. Familieteamets kompetanse og tverrfaglighet vekker tillit.

Samtidig er det viktig at etableringen av Familieteam ikke resulterer i en økning av avstanden mellom barneverntjenesten og for eksempel helsestasjon/fastleger. Henvvisning til Familieteamet (enten at legen selv tar kontakt, konfererer, eller oppfordrer pasienten til å ta kontakt), skal være i situasjoner der det ikke er grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt. Det er ikke meningen at kontakt med Familieteamet skal erstatte melding til barnevernet. Det vil sannsynligvis også oppstå situasjoner der Familieteamet avdekker forhold som forutsetter kontakt med barneverntjenesten.

Underveis i prosjektet var det litt uavklart hvilken målgruppe Familieteam i Ålesund rettet seg mot. Det viste seg at pågangen ble større enn forventet, og målgruppen ble derfor innskrenket til å gjelde familier med gravide eller barn under ett år. Fastlegene ble informert om at de likevel kunne ringe lederen av Familieteamet og drøfte enkeltsaker for familier med barn i alle aldre.

Pågangen til Familieteamet har allerede vært stor. Dette er et viktig varsel. Når begrensningen for deres innsatsgrupper er satt til å gjelde familier med gravide eller barn under ett år, sitter vi igjen med en stor gruppe som fortsatt ikke får ta del i lavterskeltilbudet. Det må gjøres klart for fastlegene **hvilke alternative tiltak** en kan bruke overfor disse familiene. Vi formidlet at Familieteamet kunne være en instans for **drøfting med viderehenvisning** til andre hjelpetiltak som for eksempel Ressurbasen. Det kunne synes som om fastlegene (særlig de yngre) **ikke var godt nok orientert** om kommunens øvrige ressurser.

Det oppleves viktig å **ikke undergrave barnevernets betydning** for barn som utsettes for omsorgssvikt. Barnevernet har etter vår oppfatning et omdømmeproblem, og selv om det er barnevernet sitt ansvar å fremme sin rolle på en positiv måte, kan man ikke se Familieteamets arbeid uavhengig av denne. Barnevernet har i flere kommuner tatt initiativ til **formaliserte møter** med skoler/barnehager, helsestasjoner og fastleger, noe som har bidratt til bedre kommunikasjon og større forståelse for instansens oppgaver og utfordringer.

Utgiftspost	Sum
Frikjøp prosessledere/leger (forberedelser, møter, rapport)	96 000
Brukerrepresentant honorar (6 timer)	1680
Reiseutgifter	550
Gruppemøter/bevertning	3400
Materiell	0
Sum	101 630

Regnskap høsten 2018

Praktiske, tidsmessige og økonomiske rammer:

De praktiske og økonomiske rammene for gjennomføring av prosjektet var tilfredsstillende. Tidsknapphet er alltid en utfordring, det var spesielt krevende å få på plass møter hvor flest mulig fastleger kunne delta, men vi synes at formen var vellykket. Hvordan kursing, reise og kost skal godtgjøres bør komme klarere fram i fremtidige avtaler.

- De viktigste **suksessfaktorene i prosjektet har vært:**
- Fastlege som prosessleder viktig fordi hun/han kjenner hverdagen til de som skal informeres, lokal kunnskap gjør det lettere med innpass i gruppene
- Små grupper, uformell tone
- Å ha med brukerrepresentant som kan fortelle om hvordan det er å være pasient/pårørende som utgangspunkt for diskusjon
- Representant fra spesialisthelsetjenesten som prosessleder ble vurdert som nyttig blant annet for å gjøre satsningen kjent også på dette nivået

Hva bør **gjøres annerledes?**

- Deltakelse på konferansen «Barnet og rusen» bør prioriteres for ny prosessledere
- Det bør tilstrebes tid for prosessledere og brukerrepresentant å møtes i forkant av første fastlegemøte, samt ett møte for eventuell justering underveis
- Prosesslederne kunne med fordel ha møtt Familieteamet i forkant av legemøtene for å få mer informasjon om hvordan de planla å løse oppgavene sine
- Skriftlig informasjon om Familieteamets arbeidsoppgaver og målgruppe **kom litt seint** (først til det siste møtet), det var litt vanskelig for prosesslederne å gi presis informasjon om Familieteamet i starten, fordi dette fortsatt var under utforming.

Tiltak

- Avklaring av roller og grenseoppganger mellom ansvaret til fastlege, helsestasjon, den

kommunale rusomsorgen, spesialisthelsetjenesten (rus og psykiatri) er vesentlig, samtidig som det etableres gode og oversiktlige samarbeidsordninger. For fastlegene betyr dette at man skal kunne henvende seg til rette instans gjennom egnede kanaler (treffpunkt, telefon, e-meldinger) og at det på denne måten skal være enkelt å søke råd og veiledning i saker der man trenger det.

- Vi vil foreslå at det utarbeides en brosjyre som omhandler temaet "Leger med barneblikk", der det gis kort informasjon om problemets omfang, når man har meldeplikt, helt konkrete kontaktopplysninger til ulike instanser (også Barnevernet), og når man kan/skal henvende seg hvor. En godt utformet brosjyre kan være en god "huskelapp" i en travel hverdag.
- Vi vil også anbefale at Familieteamet legger opp til å uvide målgruppen. Tidlig innsats for barn i familier som sliter vil alltid være kostnadseffektivt.
- Viktig å bruke andre tilgjengelige arenaer hvor fastleger møtes for å minne om betydningen av å beholde "barneblikket" i egen praksis.
- Tidsknapphet er alltid en utfordring, tenke på mer effektive måter å "spre budskapet" på, som den nevnte brosjyren, oppslag på offentlige nettsider med mer.
- Vi støtter Ulsteinprosjektets forslag om å rekruttere nye prosessledere tilhørende de andre sykehusområdene for å nå resten av Helse Møre og Romsdal, slik at alle kommuner blir inkludert på sikt.

Oppsummering

Vi er enige om at forebyggende arbeid rettet mot barn i sårbare situasjoner/familier/faser er svært viktig og kan gi en uvurderlig gevinst med hensyn til forebygging av vansker senere i livet. Prosjektet "Leger med barneblikk" har bidratt til å sette temaet på dagsorden for fastleger, men også bidratt til økt kunnskap innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi håper at vi gjennom deltakelse i prosjektet har kunnet bidra til at flere barn i målgruppen blir "oppdaget" og til økt fokus på kommunikasjon mellom kommunale og statlige instanser. Muligens har vi greid å styrke en prosess hvor "terskler kan slipes ned" og det kan bli bedre flyt i samarbeidet omkring barnefamilier med spesielle utfordringer.

Vi anbefaler at det gjennomføres delprosjekter med involvering av fastlegene i flere kommuner, og at barneblikksatsingen tas opp i andre relevante sammenhenger der leger møtes - for som vi helt sikkert kan fastslå - alle har noen på sin liste som ennå ikke er sett.