



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Samproduksjon i psykisk helsevern for barn og unge: En studie av pasientsentrering gjennom digitale helseinnovasjoner

Co-production in mental health care for children and young people: A study of patient centering through digital health innovations

Randi-Marie Pedersen

Masterprogram i Innovasjon og entreprenørskap

Fakultet for ingeniør- og naturvitenskap

Mohnsenteret for innovasjon og regional utvikling

Veiledere: Natalia Mæhle og Carsten Gunnar Helgesen

Bergen 27.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Den psykiatriske delen av helsevesenet i Norge opplever stadig mer press, hvor covid-19-pandemien har økt det ytterligere. For barn under psykisk helsevern er det særlig vanskelig å oppnå innsikt i de komplekse forholdene rundt egen behandling. Den manglende forståelsen gjør barnet utrygg på egen helsetilstand og leveranseprosess, som igjen innebærer krevende forhold under utredning og behandling. Samtidig vil manglende innblikk i egen sykdom og implikasjonene dette gir føre til en distansering fra eget liv, og kan få store følger for barnets videre liv. Derfor er behovet for pasientsentrering og -involvering særlig betydelig for barnepsykiatrien.

Digitalisering av offentlige tjenester blir generelt ansett som en betydelig fasilitator for involvering av kunder i leveranseprosesser. Gjennom bruk av teknologiske løsninger og en tilnærming til samproduksjon beveger tjenester seg over mot individualiserte tilbud og prosesser. For at helsevesenet skal sikre en pasientsentrert helsemodell blir det derfor nødvendig å prioritere digitale helseløsninger, samt inkludering av pasienter gjennom en helhetlig og sømløs leveranse. Følgelig tar denne studien utgangspunkt i samproduksjon og digitale helseinnovasjoner for å adressere utfordringene i psykisk helsevern for barn og unge. Den overordnede problemstillingen omhandler dermed sikring av barn under psykiatrisk behandlings eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess, gjennom digitalisering og pasientinvolvering. For å møte dette har det blitt gjennomført en kvalitativ casestudie mot en psykiatrisk sengepost for barn under Haukeland Universitetssykehus - Barneposten.

Resultatene fra studien har ført til opprettelsen av bedriften Adfectus, som gjennom en digital helseplattform ønsker å bedre barn i pasientrollens forutsetninger for å ta en aktiv del i utformingen av egen helseleveranse. De empiriske funnene viser en mangelfull pasientopplysning og -involvering. Dette mye på grunn av en omfattende bruk av språklige og avanserte formidlingsmetoder. Det er derimot gjennom studien illustrert betydelig effekt ved bruk av digitale og visuelle virkemidler, og dermed har digitale helseinnovasjoner et stort potensiale i barnepsykiatrien. I tillegg er det lagt fokus på hvilke endringer som kreves i leveranseprosessen for en hensiktsmessig implementering.

Abstract

The psychiatric part of the health care system in Norway is experiencing increasing pressure, where the covid-19 pandemic has led to a further increase. For children in mental health care, it is particularly difficult to gain insight into the complex conditions surrounding their own treatment. The lack of understanding leaves the child insecure about his or her own state of health and delivery process, which in turn involves demanding conditions during assessment and treatment. At the same time, a lack of insight into one's own illness and the implications this has will lead to a distancing from one's own life, and can have major consequences for the child's further life. Therefore, the need for patient centering and involvement is particularly significant for child psychiatry.

Digitization of public services is generally regarded as a significant facilitator of customer involvement in delivery processes. Through the use of technological solutions and an approach to co-production, services are moving towards individualized offers and processes. In order for the health service to ensure a patient-centered health model, it is therefore necessary to prioritize digital health solutions, as well as the inclusion of patients through a seamless delivery. Consequently, this study is based on co-production and digital health innovations to address the challenges in mental health care for children and young people. The overall issue thus concerns securing children under psychiatric treatment's ownership of their own state of health and delivery process, through digitization and patient involvement. To meet this, a qualitative case study has been carried out against a psychiatric ward for children under Haukeland University Hospital - Barneposten.

The results from the study have led to the establishment of the company Adfectus, which through a digital health platform wants to improve children in the patient role's prerequisites for taking an active part in the design of their own health delivery. The empirical findings show a lack of patient information and involvement. This is largely due to the extensive use of linguistic and advanced dissemination methods. On the other hand, the study illustrates the significant effect of using digital and visual tools, and thus digital health innovations have great potential in child psychiatry. In addition, focus has been placed on what changes are required in the delivery process for an appropriate implementation.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten ved masterstudiet Innovasjon og entreprenørskap ved Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen. Gjennom studiet har jeg vært spesielt interessert i samspillet mellom teknologi og helse, og dermed har denne studien vært en passende og engasjerende avslutning. Studiet har ført til nye karrieremuligheter, og gitt meg et viktig supplement til ingeniørgraden - tusen takk til alle ansatte ved Mohnsenteret for innovasjon og regional utvikling, og HVL Skape!

Jeg vil først takke mine veiledere Natalia Mæhle og Carsten Gunnar Helgesen. Natalia har vært til stor hjelp under hele prosessen og har gitt meg gode faglige tilbakemeldinger og råd, samt gitt meg mulighet til å gjennomføre en praktisk og spennende studie. Gjennom Carsten ble studien realisert, og han har bidratt med datafaglige og designmessige perspektiver - tusen takk for din tålmodighet og for at du alltid stiller opp. Videre vil jeg takke alle respondentene fra Helse Bergen som har bidratt i studien. Dere har gitt meg verdifullt og viktig datamateriale.

Mest av alt vil jeg rette en stor takk til Paul Joachim Bloch Thorsen. Du har gjort gjennomføringen av studien spennende og lærerik, og har gitt meg viktig innsikt i det helsefaglige. Ditt engasjement, kunnskap, kreativitet og ønske om å bedre sårbare barns liv har vært til stor inspirasjon, og har gjort arbeidet med studien meningsfylt. Jeg er veldig takknemlig for all hjelp og tillit du har gitt meg!

Til slutt vil jeg takke mine medstudenter Lovise Marie, Jonas og Kristina. Takk for alt dere har bidratt med, og for å ha gjort arbeidet med oppgaven underholdende!

Takk!

Bergen, mai 2021

Randi-Marie Pedersen

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.2	Adfectus	2
1.3	Tema og problemstilling	2
1.4	Studiens struktur	3
2	Teori	4
2.1	Tjenesteinnovasjon	4
2.2	Helseinnovasjon	6
2.3	Samproduksjon i offentlige tjenester	7
2.4	Tjenestemodellinnovasjon i helsesektoren: Fra ekspertorganisasjon til pasientsentrering	9
2.4.1	Tradisjonell modell: Ekspertorganisasjon	9
2.4.2	Pasientsentrert modell	10
2.5	Digital innovasjon i helsevesenet	12
2.5.1	Spillifisering	16
2.5.2	Digitalisering og spillifisering av tjenester i psykisk helsevern	17
2.6	En pasientsentrert omsorgsmodell gjennom samproduksjon og digital helseinnovasjon	18
3	Forskningsdesign og metode	22
3.1	Valg av forskningsdesign og metode	22
3.1.1	Casestudie	23
3.1.2	Valg av case: Barneposten, Haukeland Universitetssykehus	24
3.2	Utvalg og utvalgsriterier	25
3.3	Datainnsamling	27
3.3.1	Prototypeutvikling - Designvitenskap	27
3.3.2	Dybdeintervju	28
3.3.3	Gruppeintervju	30
3.3.4	Sekundære tekstdata og dokumentanalyse	31
3.4	Validitet, reliabilitet og generalisering	33

3.5	Analyse	34
3.6	Forskningsetikk	35
4	Innføring i barns psykiske helse	36
4.1	Psykisk helse hos barn og unge i Norge	36
4.2	Covid-19-pandemien - følger for barn og unge	37
4.3	Behandling av psykisk sykdom - et historisk perspektiv	38
4.4	Rettigheter for barn i psykisk helsevern	40
5	Analyse og resultater: Behandlerperspektiv	42
5.1	Barneposten og forløp	42
5.1.1	Henvvisning fra poliklinikk	43
5.1.2	Forvern	43
5.1.3	Opphold	44
5.2	Pasientinvolvering	44
5.2.1	Informasjonsformidling	44
5.2.2	Medbestemmelse og påvirkningsmulighet	48
5.2.3	Eierskap til egen helsetilstand	54
5.3	Digitalisering	56
5.3.1	Barns digitale vaner	56
5.3.2	Digitale helsesystem	57
5.4	Virkemidler og spillelementer i behandling	59
5.4.1	Språklige virkemidler	60
5.4.2	Ikke-digitale visuelle virkemidler	61
5.4.3	Terapeutiske spill	64
5.4.4	Digitale virkemidler: Internett, applikasjoner og dataspill	65
5.5	Oppsummering	68
6	Analyse og resultater: Pasientperspektiv	69
6.1	Informasjonsformidling	69
6.1.1	Virkemidler og tilnærming	70
6.2	Medbestemmelse og påvirkningsmulighet	71

6.3	Eierskap til egen helsetilstand	72
6.4	Digitale vaner og krav	73
6.5	Oppsummering	74
7	Analyse og resultater: Prototype	75
7.1	Teknisk løsning	75
7.1.1	Før oppholdet	75
7.1.2	Under oppholdet	77
7.1.3	Ved oppholdets slutt	78
7.2	Potensiell effekt for behandlere	79
7.3	Potensiell effekt for barn og unge i pasientrollen	81
7.3.1	Forberedelse	81
7.3.2	Asynkron leveranse	82
7.3.3	Formidlingsevne	83
7.3.4	Personifisering	83
7.3.5	Eierskap og mestring	84
8	Diskusjon og vurdering	86
8.1	Forutsetninger for pasienters eierskap til egen helsetilstand	86
8.2	Dagens helseleveranseprosess	88
8.2.1	Henvising fra poliklinikk	89
8.2.2	Forvern	90
8.2.3	Opphold	92
8.2.4	Utskrivning	92
8.3	Digitaliseringselementer på Barneposten	93
8.4	Virkemidler	94
8.5	Anbefalt helseleveranseprosess med et tilpasset samproduksjonsrammeverk	94
8.5.1	Henvising fra poliklinikk	97
8.5.2	Forvern	98
8.5.3	Opphold	98
8.5.4	Utskrivning	98

9	Avslutning	100
9.1	Konklusjon	100
9.2	Praktiske implikasjoner	103
9.2.1	Hovedmål	103
9.2.2	Brukerinvolvering	103
9.2.3	Implementering	104
9.2.4	Andre praktiske implikasjoner	104
9.3	Teoretiske implikasjoner	105
9.4	Studiens begrensninger	105
9.5	Videre forskning	106
	Vedlegg	113
	Vedlegg 1: Intervjuguide, Dybdeintervju - Behandlere og miljøterapeuter	113
	Vedlegg 2: Intervjuguide, Gruppeintervju - Ungdomsrådet	115
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv, Dybdeintervju - Behandlere og miljøterapeuter	116
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv, Gruppeintervju - Ungdomsrådet	119
	Vedlegg 5: Informasjonsskriv for barn på Barneposten	122
	Vedlegg 6: Forventningsavklaring	126

Figurer

1	<i>Et samproduksjons-rammeverk for helsetjenester (Palozzi mfl., 2017)</i> . . .	20
2	<i>A. Generell info</i>	76
3	<i>B. Generering av personlig innhold</i>	76
4	<i>D. Drøfting</i>	77
5	<i>F.2. Vurdering</i>	78
6	<i>Personlig rapport</i>	79
7	<i>Forutsetninger for pasienters eierskap til egen helsetilstand og prosess</i> . . .	87
8	<i>Dagens helseleveranseprosess på Barneposten</i>	89
9	<i>Samproduksjons-rammeverket tilpasset psykisk helsevern for barn</i>	95
10	<i>Helseleveranseprosess med samproduksjonstilnærming</i>	97

Tabeller

1	<i>Tjenesteformer (Trott, 2017)</i>	5
2	<i>Karakteristikk ved de to omsorgsmodellene (Abolade og Durosinmi, 2018)</i>	10
3	<i>Komponenter i digital helse (Iyawa mfl., 2016)</i>	14
4	<i>Oversikt over respondentutvalget</i>	25
5	<i>Respondenter under studien</i>	26
6	<i>Dokumenter benyttet i studien</i>	32
7	<i>Muligheter ved barns digitale vaner</i>	57
8	<i>Effekt ved ulike individuelle virkemidler</i>	67

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Grunnlaget til studien har blitt dannet gjennom et tverrfaglig samarbeid med Institutt for datateknologi, elektroteknologi og realfag, og Helse Bergen. Inspirasjon og bakgrunn bunner i tidligere arbeid utført av barne- og ungdomspsykiater Paul Joachim Bloch Thorsen. Thorsen har gjennom sitt engasjement i barn og unges psykiske helse identifisert en rådende problematikk knyttet til kommunikasjon mellom barn i pasientrollen og helsepersonell. Dette fører til at barn ikke blir gitt nødvendig informasjon på en forståelig måte, og det er dermed begrensede muligheter for dem å ta informerte valg. Følgelig er det en utfordring å sikre at barn får påvirke egen leveranse av helsetjenester og oppnå eierskap til egen helsetilstand (Thorsen, 2019). Videre fører kommunikasjonsbarrieren til en begrenset tilgang til viktig informasjon, som behandlere er avhengige av for å kunne møte pasienters behov. Digitaliseringen av tjenester har gitt betydelige forbedringer i kunders anledning for interaksjon med egen tjenesteleveranse (Trott, 2017, s. 531). Derfor har det i studien vært sett på hvordan digitalisering kan fasilitere nye muligheter også innen psykisk helsevern for barn og unge.

Et område hvor det foregår betydelige endringer og vekst er digitale helsetjenester. En særlig fordel med digital leveranse av helsetjenester er utbedringen av pasienters mulighet for involvering og eierskap til egen behandling (Ford mfl., 2017). På den måten går dagens helsetilbud gjennom en endring fra en rigid og passiv tilnærming, til individfokuserte og tilpassede behandlinger. Denne formen for tjenesteleveranse kjennetegner samproduksjonsprinsippet, hvor brukere og tjenesteytere kombinerer kunnskap for å forme tjenester og innhold (Palozzi mfl., 2017).

Barn har ofte behov for å kommunisere på andre måter enn verbalt og skriftlig, særlig de med spesielt utsatte følelsesliv. I tillegg har dagens barn og unge en omfattende bruk av digitale virkemidler, og er derfor spesielt orientert mot den digitale arena. Dermed vil en integrering av digitale helseløsninger potensielt være formålstjenlig i en barnepsykiatrisk kontekst. Ved bruk av digitale verktøy med visuelt innhold, vil dermed kommunikasjonsbehovet bli møtt med nye tilnærminger (Thorsen, 2019).

1.2 Adfectus

Bedriften Adfectus (latin for “følelser”) ble opprett som en direkte følge av studiens grunnlag, og er formet av Paul Joachim Bloch Thorsen, Carsten Gunnar Helgesen, min medstudent Jonas Juul Hermansen, og meg selv - Randi-Marie Pedersen. Gjennom utvikling av en digital helseplattform skal Adfectus forbedre barn i krevende livssituasjoners mulighet til å forstå, påvirke og oppnå eierskap til egen prosess og helsetilstand. Visjonen er å utarbeide et hjelpemiddel hvor barn og helsepersonell kan kommunisere gjennom bruk av virtuelle karakterer, kalt avatarer, samt visuelle uttrykk, og dermed transformere dagens tjenesteleveranseprosesser. Adfectus har våren 2021 mottatt bevilgning fra Forskningsrådets STUD-ENT ordning, og skal over en ettårsperiode utvikle en mobilapplikasjon med pilotkunde Beitostølen Helsesportsenter. Høyeste prioritet er å skape en løsning som er hensiktsmessig for pasienter og helsepersonell, og dermed møter faktiske behov. Derfor har studiens funn og praktiske implikasjoner vært en viktig del av bedriftens kjerneområde.

1.3 Tema og problemstilling

For å kunne gi psykisk helsevern for barn og unge, og Adfectus et kunnskapsgrunnlag for å øke pasientsentrering er det under studien sett på et enkeltcase i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette for å undersøke utfordringer og behov i tjenesteleveransen, med fokus på pasienttilnærming og -involvering. Det er gjennom litteraturgjennomgangen identifisert manglende kunnskap knyttet til sikring av barn i pasientrollens eierskap til egen helse (Hollis mfl., 2017). Dermed vil jeg under studien forsøke å tilnærme meg problemstillingen gjennom følgende forskningsspørsmål:

Hvordan sikre eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess for barn under psykiatrisk behandling?

For å kunne svare på dette vil det være særlig nyttig å se mot bruken av samproduksjon, som dagens tjenesteleveranseprosesser nyter godt av (Palozzi mfl., 2017). Samtidig har digitale verktøys potensiale i å løse problematikken, samt hvilke endringer som kreves under leveringen av helsetjenesten, i stor grad uteblitt fra litteraturen (Shaw mfl., 2018).

Gjennom dette har underspørsmålene blitt utformet som:

Hvordan tilrettelegge for samproduksjon i psykisk helsevern for barn og unge?

Hvilket potensiale har digitale helseinnovasjoner for barn under psykiatrisk behandling?

Hvordan kan psykisk helsevern for barn og unge etablere en pasientsentrert helseleveransemodell ved hjelp av digitale helseinnovasjoner?

1.4 Studiens struktur

Studien er strukturert i ni kapitler. Kapittel 2 tar for seg forankret teori og tematikk for å kunne danne et grunnlag for den videre studien. Videre vil kapittel 3 presentere oppgavens valgte metodikk og fremgangsmåter. Kapittel 4 gir en kort introduksjon til det faglige bakteppet for studien ved barns psykiske helse. Analysen er delt i tre kapitler: Kapittel 5 tar for seg Barneposten og behandleres perspektiv, kapittel 6 gjennomgår de empiriske funnene knyttet til pasientperspektiver, og kapittel 7 adresserer en teknisk løsning med påfølgende potensielle effekter for behandlere og pasienter. I kapittel 8 vil funnene diskuteres og vurderes, i tillegg til at det foreslås en ny tjenesteleveranseprosess for Barneposten. Avslutningsvis, i kapittel 9, oppsummeres og konkluderes funnene opp mot de definerte forskningsspørsmålene. Samtidig inneholder det en forklaring på praktiske og teoretiske implikasjoner, samt forslag til videre arbeid.

2 Teori

Under dette kapittelet vil jeg gi en gjennomgang av sentral teori for å kunne ta stilling til forskningsspørsmålet. På denne måten vil det dannes et teoretisk rammeverk for den empiriske analysen og diskusjon av studiens resultater. I første omgang vil det være nødvendig å gi en innføring i tjenesteinnovasjon, som en overordnet kategori for helseinnovasjon. Videre vil begrepet *samproduksjon* forklares, hvor en helseorientert kontekst vil vektlegges. En sentral del av analysen er knyttet til endringer i omsorgsmodeller, og derfor vil kapittelet ta for seg tematikken, hvor særlig IKT og samproduksjons rolle vil være i fokus. Den siste delen av kapittelet omhandler digitalisering av helsetjenester, og inkluderer en gjennomgang av spillifisering og unge mennesker under psykisk helseverns behov. Avslutningsvis vil det teoretiske rammeverket oppsummeres, og følgelig legge grunnlaget for studien.

2.1 Tjenesteinnovasjon

En ny tjeneste defineres av Johnson mfl. (2000) som et tilbud som ikke tidligere har vært tilgjengelig for kunden og utvider eksisterende tjenester, radikale endringer i tjenesteleveranseprosessen, eller inkrementelle forbedringer i eksisterende tjenester eller leveranseprosesser som kunden anser som nye. Tradisjonelt har litteraturen sett på tjenester som forskjellige fra produkter, da innovasjonsteori er utviklet rundt vitenskap og teknologisk utvikling. Den immaterielle karakteren til tjenester har gjort det vanskelig for det tradisjonelle synet å forstå og anerkjenne innovasjoner innen tjenester. Utviklingen av internettbaserte firma hvor brukerne selv driver endringen av tjenestene, er imidlertid tydelige tegn på innovasjonsverdien tjenester gir (Trott, 2017, s. 524).

Tjenestesektoren er stor og det er betydelige variasjoner mellom offentlige tjenester og spesialisttjenester, hvor hver bransje har sine karakteristiske utfordringer. Tabell 1 viser Trotts forklaring på de ulike tjenesteformene. Likevel kan skillene mellom noen av disse sektorene være utydelige. Helsetjenester er et godt eksempel på et område hvor forskjellene kan være vage, da private, veldedige og ideelle organisasjoner tilbyr tjenester som kan konkurrere med de offentlige (Trott, 2017, s. 528). I denne studien vil jeg imidlertid ta

utgangspunkt i de som tilbys av offentlig sektor.

Tabell 1: *Tjenesteformer (Trott, 2017)*

Type tjeneste	Forklaring
Business-to-business (tradisjonelle)	Tjenester som tilbys til bedrifter
Business-to-business (Knowledge intensive business services)	Spesialtjenester som tilbys til bedrifter
Forbrukertjenester	Tjenester som tilbys til enkeltindivider
Interne firmatjenester	Tjenester levert av interne funksjoner
Offentlige tjenester	Tjenester levert av lokale og nasjonale myndigheter
Frivillige tjenester	Tjenester levert av veldedighetsorganisasjoner

Innen markedsføringslitteratur diskuteres ulikheter mellom produkter og tjenester. Disse ulikhetene blir referert til som egenskaper ved tjenester, og blir identifisert som immaterialitet, heterogenitet og samtidighet. De blir også kalt de tre nøkkelegenskapene som skiller tjenester fra produkter, med samhandling med forbrukeren som det sentrale kjennetegnet i tjenesteutviklingen. En tjeneste innebærer en rekke aktiviteter, som koblet sammen kan beskrives som en prosess (Trott, 2017, s. 532). Litteraturen antyder at mens tilbuds-, prosess og markedsutviklingen foregår samtidig i bransjer hvor tjenester dominerer, er det prosessutviklingen som er avgjørende.

I tjenester er det ofte ikke mulig å skille produkt- og prosessinnovasjon på grunn av samtidig produksjon og forbruk av tjenester (Trott, 2017, s. 533). Tjenesteproduktet er kjernen i det nye tjenestetilbudet, og består av de vesentlige funksjonelle fordelene som tjenesten gir. Innovasjon i tjenesteprosesser er på andre siden en ny måte å levere tjenesten på. Nyskapning knyttet til prosess teknologi benyttes til å øke effektivitet, og tjenesteinnovasjon krever dermed ikke alltid endringer i egenskapene til kjernetilbudet. På den måten kan en tjenesteinnovasjon innebære integrering av et eksisterende kjernetilbud og en innovativ tjenesteprosess.

Forretningsmuligheter basert på ny teknologi har ført til opprettelsen av multinasjonale virksomheter, og teknologi regnes som den mest betydningsfulle aktivatoren for tjenesteinnovasjoner. Anvendelse av forskjellige teknologier i sammenheng med eksiste-

rende tjenester har endret måten tjenester leveres på, og dermed gitt opphav til utvikling av svært innovative tjenesteprodukter. Men i motsetning til den økende betydningen av teknologi i utviklingen av tjenester, har litteraturen i stor grad unnlatt å forklare hvilken rolle teknologien spiller. Teknologi endrer karakteren av tjenesteutvikling på mange måter, blant annet ved å redusere oppgavene til tjenesteyterene ved å gi kundene tekniske brukerverktøy (Trott, 2017, s. 530). Fremveksten tjenesteinnovasjoner har hatt må derfor ses i sammenheng med teknologiens innflytelse, og da særlig *informasjons- og kommunikasjonsteknologi* (IKT) (Trott, 2017, s. 524). Effekten av internettbaserte teknologier på måten bedrifter konkurrerer og styrker virksomheten generelt har vært av stor betydning, og mange tjenestebedrifter utforsker måter å utnytte internett i leveransen av eksisterende tjenester (Trott, 2017, s. 532). Dermed bør også helsevesenet kunne dra nytte av teknologiens verdi.

2.2 Helseinnovasjon

Innovasjon benyttes i mange ulike kontekster, også i helsesektoren (Iyawa mfl., 2016). Helseinnovasjon regnes som legitimering og implementering av gunstige fremgangsmåter rettet mot å forbedre behandling, diagnose, utdanning, omfang, forebygging og forskning, og med langsiktige mål om å forbedre kvalitet, sikkerhet, resultater, effektivitet og kostnader (Iyawa mfl., 2016). Helseinnovasjon vil i hovedsak være motivert av nye markedsmuligheter eller ny teknologi (Clack, 2017).

Det dynamiske miljøet i helsesektoren er preget av fokus på kostnadsreduksjon, nye pasienttilnærminger, aldrende befolkning og drastiske teknologiske endringer (Palozzi mfl., 2017, Pourabdollahian og Copani, 2017). Dette er faktorer som presser helsesektoren til å utvikle og implementere fleksible forretningsmodeller for å tilpasse seg eksisterende trender i markedet. I dette scenariet, der økonomiske kriser, digitalisering og ny lovgivning er grunnleggende drivere, forklarer Palozzi mfl. (2017) hvordan helsesektoren bør vurdere innovative tjenester for å håndtere pasienters sykdommer.

Innovasjon i helsevesenet er nøkkelen til forbedret tilgang, tidligere diagnose og behandling, og bedre resultater (Clack, 2017). Tjenesteinnovasjon i helsevesenet kompliseres imidlertid av personalmangel, teknologi, pasientegenskaper og organisasjonens størrelse.

Helsetjenesteinnovasjon er derfor vanskeligere enn innovasjon i andre tjenesteytende næringer også på grunn av den involverte kompleksiteten, som regulatoriske, økonomiske, sosiale, kliniske og etiske risikoer. I følge Clack (2017) er helsevesenet dermed preget av utfordringer og problemer som krever innovative løsninger i alle aspekter av helsevesenet, inkludert levering til forbrukere, teknologi og forretningsmodeller. En målrettet implementasjon av samproduksjon blir ansett som en viktig fasilitator for helseinnovasjon, og derfor vil det her være hensiktsmessig å se dypere på prinsippet.

2.3 Samproduksjon i offentlige tjenester

Osborne mfl. (2016) definerer samproduksjon i offentlige tjenester som bevisst eller ubevisst involvering av brukere i design, ledelse, levering eller evaluering av tjenester. De forklarer videre hvordan samproduksjon ikke er et aktivt valg brukere eller organisasjoner tar, men er en del av interaksjonsprosessen under leveransen av tjenester. Kvaliteten og ytelsen til en tjenesteleveranseprosess er først og fremst formet av brukerens forventninger, deres aktive eller passive rolle i leveransen, og den etterfølgende erfaringen med prosessen. Tjenesteorganisasjoner kan kun garantere en del av prosessen og opplevelsen, mens realiteten er avhengig av brukerens kombinasjon av forventninger og opplevelse av en tjeneste, som vil avgjøre både dens tilfredshet, men også resultatet (Osborne mfl., 2016).

Brukerens bidrag som medprodusent under tjenesteproduksjon er ikke bare uunngåelig, men også avgjørende for utførelsen av en tjeneste. Dermed vil samproduksjon føre til verdiskapning for brukeren (Osborne mfl., 2016). Denne verdien inkluderer deres tilfredshet med tjenesten, innvirkningen av tjenesteopplevelsen på deres velferd, og i hvilken grad den oppfyller deres sosiale, helsemessige eller økonomiske behov. Følgelig vil enkeltpersoner være med på å skape verdien av sin egen tjeneste, men kan også bidra til kollektiv verdiskapning for andre tjenestebrukere (Osborne mfl., 2016). Dermed er utgangspunktet til Osborne mfl. (2016) at samproduksjon er iboende prosessen for offentlig tjenesteyting, og er direkte knyttet til verdiutbyttet både for tjenestebrukerne og for samfunnet.

Realpe og Wallace (2010) setter krav til samarbeidsvilje og kunnskap blant brukerne. For at samproduksjon skal lykkes må brukerne være eksperter i egne omstendigheter, samt være i stand til å ta avgjørelser. Fagfolk må på sin side gå fra å fikse til å tilrettelegge. For

å være virkelig transformativ krever samproduksjon flytting av makt til tjenestebrukere. Dette avhenger igjen av tjenesteytere med ønske om å påta seg disse nye rollene (Realpe og Wallace, 2010). Dermed kan samproduksjon betegnes som samarbeidsutvikling mellom to eller flere interessenter som involverer kunnskapsstrømmer mellom komplementære partnere (Palozzi mfl., 2017).

Tjenestepersonell og brukere må derfor enten velge å engasjere seg i den iboende prosessen for å forbedre tjenesteleveringsopplevelsen, -prosessen og -resultatene, eller ignorere og akseptere dens implikasjoner for tjenesteopplevelsen og -ytelsen. Det faktum at prosessen er ubevisst, tvunget og uunngåelig, betyr ikke at tjenestebrukere og personell ikke kan velge å aktivt engasjere seg i prosessen (Osborne mfl., 2016). Det er derimot svært ønskelig med et aktivt engasjement for å maksimere og skape verdier gjennom offentlig tjenesteyting.

Samproduksjon innen helsetjenester baserer seg på ideen om å utfordre den passive pasienttilnærmingen ved å skape like aktive roller mellom pasienter og tjenestetilbydere i leveransen av helsetjenester (Palozzi mfl., 2017). Spesielt er det basert på etablering av partnerskap mellom helsepersonell og pasienter ved å overvinne antagelsen om at brukerne er passive mottakere av helsetjenester og anerkjenne deres bidrag under leveransen av tjenester. Slik blir møtet mellom behandlere og pasienter et møte mellom to eksperter, hvor behandleren har kunnskap om diagnose, behandlingsmuligheter og prognose, mens klienten erfarer sykdomsopplevelsen, sosiale forhold og holdninger til risiko og personlige preferanser. Pasienter som spiller en aktiv rolle utover den tradisjonelle "tilbakemeldingsmetoden" vil dermed ha muligheten til å foreslå, eller i beste fall utvikle sine egne tjenester og innhold. Med pasienter som medprodusent sikrer helsevesenet seg en viktig ressurs, og Palozzi mfl. (2017) forklarer at kjernen i et rammeverk innen styring av sykdom bør grunne i samproduksjon. På denne måten kan den pasientsentrerte omsorgsmodellen tilnærmes.

2.4 Tjenestemodellinnovasjon i helsesektoren: Fra ekspertorganisasjon til pasientsentrering

2.4.1 Tradisjonell modell: Ekspertorganisasjon

Siden opprinnelsen har helsepraksiser fokusert på klinisk behandling av sykdom hos pasienter. Denne omsorgsmodellen har forblitt mer eller mindre uendret i århundrer, preget av en fragmentert verdikjede, og som følge unødvendig dobbeltarbeid og potensielt unngåelige kliniske feil (Ford mfl., 2017). I tillegg har sykehusforvaltning de siste tiårene fokusert på effektivisering, rasjonalisering og prioritering fra ekspertorganisasjonens synspunkt (Rasche mfl., 2017). De aller fleste sykehus utfører dermed aktiviteter som gjenspeiler perspektivet til helsepersonell, i stedet for pasientens. For å møte kravet om rasjonalisering og effektivisering er fagpersoner villige til å behandle pasienter som sykdomstilfeller, snarere enn som klienter eller kunder som skal betjenes. Inntil nå har derfor de fleste sykehus ikke hatt en tilstrekkelig prioritering av pasientsentrering (Rasche mfl., 2017).

Ekspertsentreringssynet indikerer at en pasient ofte mangler kritisk innsikt i den komplekse behandlingssammensetningen. De fleste sykehus' forretningsmodeller gjenspeiler en verdikjede som er hierarkisk så vel som spesialistfokusert. Leger, sykepleiere og klinikkadministrasjon kan utføre aktiviteter godt som frittstående eksperter, men Rasche mfl. (2017) forklarer hvordan organisasjonen som helhet kan ha manglende behandlingsevner når det kommer til pasientmessighet.

Spesielt innenfor den hierarkisk organiserte overlegemodellen er det fortsatt en utfordring å veilede pasienter effektivt langs deres behandlingsvei. Som en konsekvens føler pasientene seg utrygge og som et offer for den høyspesialiserte og isolerte prosessen (Liedtke mfl., 2017). Å fokusere på utfall, som ofte gjøres i helsevesenet, samsvarer ikke alltid med god tjenestekvalitet. Resultatene reflekterer kun ekspertens synspunkt, og mangler dermed pasientens stemme, og i følge Rasche mfl. (2017) er manglende pasientsentrering, uavhengig av resultatets kvalitet, en hovedårsak til opplevd misnøye. Tradisjonelt har dermed sykehus fokusert på sin medisinske kjernevirksomhet, tilsidesatt pasientens behov under tjenesteleveransen, og følgelig ignorert kjernebegrepet *kundeorientering*, som går igjen i andre tjenesteytende næringer (Liedtke mfl., 2017).

2.4.2 Pasientsentrert modell

Fremveksten og den raske utviklingen av IKT siden slutten av det tyvende århundret påvirker helsevesenet i form av forbedret forskning, bedre leveranse av omsorg og behandling, og bedre tilgang til informasjon blant pasienter (Ford mfl., 2017). Følgelig tar pasienter informerte valg, samtidig som det har ført til en mer effektiv administrasjon. Denne omskiftningen i omsorgsmodellen fører også til en større grad av pasientsentrert og individuelt drevet behandling, som igjen legger til rette for et større eierskap til eget sykdomsforløp. Dermed kan helseorganisasjoner fokusere på myndiggjøring av pasienter (Clack, 2017).

Tabell 2 illustrerer karakteristikker ved den tradisjonelle og den pasientsentrerte omsorgsmodellen (Abolade og Durosinmi, 2018). Særlig sentralt er skiftet i fokus fra sykdomstilfeller til pasienten som enkeltindivid. Samtidig blir informasjonssystemer en avgjørende del i utformingen av helsetjenester. Med IKT og pasientfokus følger andre karakteristikker naturlig etter, hvor tilbud blir tilpasset deretter. Følgelig blir tjenesten på pasientens premisser, med en sømløs og samarbeidsbasert leveranse, bygget på integrerte systemer.

Tabell 2: *Karakteristikker ved de to omsorgsmodellene (Abolade og Durosinmi, 2018)*

	Tradisjonell omsorgsmodell	Pasientsentrert omsorgsmodell
Fokus	Sykdom	Pasient
Hovedfasiliteter	Helsepersonell, kliniske hjelpemidler	Helsepersonell, IKT-systemer
Kjerne	Kliniske eksperter	Pasient
Interaksjon	Episodiske, på etterspørsel	Kontinuerlig, autonome
Datakarakteristikk	Fragmenterte, proprietær	Integrert, distribuert, delt, stadig oppdatering
Inngang i helsevesenet	Utløst av sykdom	Eget valg
Leveranse	Lineær, forhåndsdefinert, fragmentert	Sømløs, utarbeides kontinuerlig, samarbeidsbasert
Lokasjon	Behandlingsinstitusjon	Etter pasients ønske, ofte fjernlevert

Pasienter må tilbys behandling ikke bare i henhold til det medisinske, men tilpasset deres virkelige helsebehov (Liedtke mfl., 2017). Primær forebygging, tidlig diagnose, hensiktsmessig behandling, samt pasientopplysning og styrking av den enkeltes eierskap blir viktig i livssyklusen til sykdommer, både for livskvaliteten til pasientene og den økonomisk situasjonen til helsesystemet. Den stadige økningen av komplekse medisinske innretninger kombinert med bevissthet rundt enkeltpersoner vil i følge Palozzi mfl. (2017) dermed endre den tradisjonelle forståelsen og utformingen av helsetjenester.

Pasientenes behov for helsetjenester har blitt mer komplekse og det stilles svært høye krav til kvalitet og åpenhet om medisinske tjenester (Liedtke mfl., 2017). Følgelig vil pasienter i økende grad endre den tradisjonelle modellen til en mer kundesentrert og individuelt drevet modell som gir større kontroll over egen helse, muliggjort av teknologi. Tjenesten skal ikke bare starte og slutte med pasienten, men inkludere aspekter av intern kundeorientering gjennom hele prosessen (Rasche mfl., 2017). Pasientsentriske tjenesteleveransemodeller som er blitt initiert *av* pasienter, utviklet *med* innspill fra pasienter, og evaluert med hensyn til pasienter, gir løfte om forbedret kvalitet og tilgang til behandling, samt en reduksjon i kostnader for institusjonene og pasientene selv (Alafairet og Houghton, 2017).

De siste årene har hele det medisinske feltet begynt å være betydelig oppmerksom på personifisering. Behandlinger går over til en mer skreddersydd tilnærming, basert på den enkelte pasients behov og biologiske egenskaper (Pourabdollahian og Copani, 2017). Liedtke mfl. (2017) forsikrer om at bare de leger og sykehus som først og fremst fokuserer på pasienten vil komme styrket fra den økende konkurransen i helsesektoren, og pasientorientering vil dermed være nøkkelen til suksess. Verdien er med andre ord innebygd i verdiskapingsprosessene, i stedet for å bli gitt som en tjeneste for pasienten. Som tidligere forklart er digitalisering av tjenester særlig orientert mot å gi løsninger med større involvering av pasienter. Derfor er det her fordelaktig å adressere digital innovasjon i helsevesenet.

2.5 Digital innovasjon i helsevesenet

Digital disrupsjon er endringen som oppstår når nye digitale teknologier og forretningsmodeller påvirker verdiforslaget til eksisterende varer og tjenester (Kuula og Haapasalo, 2017). I en tjenestedrevet verden er det ikke selskapene, men forbrukerne som leder an. På den måten er digital disrupsjon en refleksjon av forbrukernes atferd. Den digitale tidsalderen tilbyr en ny plattform for kontakt med kunder, som igjen akselererer nye innovasjoner og forkorter tjenesters livssyklus (Kuula og Haapasalo, 2017). Gjennom digitalisering blir dermed kunden returnert til kjernen av forretningsmodellering.

Digitalisering innebærer grunnleggende endringer for selskaper, offentlige institusjoner og for samfunnet som helhet. Mens det tidligere har blitt brukt teknologi for å gjøre prosesser og prosedyrer mer effektive, fører digitalisering til en grunnleggende, menneskelig drevet endring i hele prosessarkitekturen; digitale kommunikasjonskanaler, automatiserte arbeidsflyter, og datatilgang er integrert fra ende til ende på tvers av hele prosesser (Eichhorst mfl., 2017). Dette lar selskaper tilby tjenester tilpasset kunders individuelle behov.

Digitalisering driver teknologiutviklingen raskt, og den tredje bølgen av industrialisering endrer markedene i en tjenestedominert retning (Kuula og Haapasalo, 2017). Den raske økningen i bruken av mobile enheter, Internet of Things (IoT), den eksponensielle dataeksplosjonen og ubegrenset skalerbarhet for tjenester gjennom skyinfrastrukturer med avanserte dataanalyser, har gitt unike forretningsmuligheter for selskaper over hele verden (Kuula og Haapasalo, 2017).

Helsevesenet i de fleste land opplever betydelige utfordringer som følge av befolkningsøkning, aldrende befolkning, økende hyppighet av kronisk sykdom, behovet for å forbedre tilgangen til tjenester for pasienter i rurale områder og stadig høyere forventninger blant brukere (Ford mfl., 2017). Dette fører til økende kostnader ved helsetjenester og påfølgende press på budsjett i offentlig og privat sektor. De økende teknologikostnadene er også en utfordring, men paradoksalt nok kan teknologien bidra til løsninger som forvandler den tradisjonelle strukturen i helseindustrien og dens driftsmodell. Det forventes at en slik transformasjon vil muliggjøre mer effektive måter å levere omsorgs- og helsetjenester på, som igjen kan føre til forbedrede resultater knyttet til helse (Ford mfl., 2017).

Det er i hovedsak tre typer teknologi som påvirker helseindustrien: genomikk, nanoteknologi og digitalisering. Ved bruk av ny teknologi tilbyr nye organisasjoner høyere verdi til kundene, enn det de etablerte selskapene gjør (Ford mfl., 2017). Dette er i tråd med disruptiv innovasjon hvor kompliserte og dyre produkter og tjenester omgjøres til enklere, rimeligere og mer tilgjengelige løsninger. Tilsvarende begynner de ulike områdene innenfor helsevesenet i ulik grad å bli påvirket av digitalisering, og må tilpasse seg det nye miljøet for å kunne utvikle seg. Disse tilpasningene bør foregå samtidig som det skjer endringer i reguleringer for å levere tjenester som tilfredsstillende helseforbrukernes stadig endrede behov (Ford mfl., 2017).

Iyawa mfl. (2016) definerer digital helse som en forbedring i måten helsetjenester utformes og tilbys gjennom bruk av IKT, for å kontrollere og forbedre pasienters helse, samt styrke pasienter og pårørendes håndtering av egen sykdom. For å definere digital helseinnovasjon benyttes dermed beskrivelsene av digital helse og helseinnovasjon. Derfor kan definisjonen presenteres som “legitimering og implementering av gunstige fremgangsmåter gjennom bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å kontrollere og forbedre pasienters helse, samt styrke pasienter og pårørendes håndtering av egen sykdom” (Iyawa mfl., 2016).

Dermed medbringer digital helseinnovasjon nye løsninger som er gunstige både for institusjoner, tjenesteytere og pasienter. Videre har Iyawa mfl. (2016) identifisert de ulike komponentene som faller inn under begrepet. Et lite utvalg av de mest relevante komponentene blir forklart i Tabell 3. Elementene som ble utelatt handler i stor grad om håndtering av somatiske sykdommer, som bruk av sensorer for å utføre vitale målinger. De inkluderte blir ansett som relevante fordi de kan anvendes på pasientgrupper innen psykiatri, eller er rettet direkte mot helsepersonell.

Komponentene vil på enkelte områder overlape, men hovedmomentene er forskjellige (Iyawa mfl., 2016). For eksempel kan *e-helse* og *m-helse* være vanskelige å skille. Det er imidlertid vesentlig at m-helse leveres ved bruk av mobile enheter, som nettbrett og mobiltelefoner, mens e-helse ikke stiller krav til enheter, men bruk av webteknologi. *Telehelse* kan også gi inntrykk av å smelte over i de andre komponentene, men spesielt sentralt her er at det skal benyttes som et eksternt kommunikasjonsmiddel. De har allikevel samme hensikt; å forbedre pasienters helse. I hovedsak kan man si at komponentene søker å leg-

ge til rette for bedre kommunikasjon mellom pasienter og behandlere, og tilby pasienter bedre innsikt i egen helsetilstand. Digitale helsesystemer er den eneste komponenten som ikke direkte inkluderer pasienter i utformingen, men er rettet mot effektivisering av helsepersonells aktiviteter. Elektroniske journalsystemer tilbyr imidlertid også bedre tilgang til helseopplysninger for pasienter (Iyawa mfl., 2016).

Tabell 3: *Komponenter i digital helse (Iyawa mfl., 2016)*

Komponent	Forklaring
e-helse	Bruk av internett og webteknologi i leveransen av helsetjenester
m-helse	Bruk av mobilenheter i administreringen av helsetjenester
Telehelse	Bruk av ulike informasjons- og kommunikasjonsteknologier av behandlere for ekstern kommunikasjon med pasienter
Helseplattformer	Nettplattformer som bidrar til å fremme samhandling mellom pasienter og behandlere
Personifisert helse	Tilby unik behandling til pasienter basert på deres egen genetiske og genomiske profil
Spillifisering	Spillifisering innen helse tilrettelegger for pasienter å utføre digitale aktiviteter som relaterer seg til behandlingen
Digitale helsesystemer	Lagring og utveksling av digitale pasientjournaler

For pasienter vil hovedkilden til disrupsjon være måten omsorg leveres på, med større fokus på kundeopplevelsen (Ford mfl., 2017). I stedet for å bli behandlet som et tall i et system, forventer pasientene å ha rett til å spille en rolle i bestemmelsen av deres egen behandling. Verdien av å realisere kravet om økt åpenhet og tilgang til data i helsetjenester gir en mer informert forbruker. Det menneskelige grensesnittet til helsevesenet kan imidlertid ikke massedigitaliseres, og digitalisering bør begrenses hvor menneskelig involvering er nødvendig for leveransen (Ford mfl., 2017).

Eichhorst mfl. (2017) beskriver hvordan digitalisering i helsevesenet genererer verdi på

fire nivå:

1. **Interaksjon og kommunikasjon:** Bruk av nye enheter som smarttelefoner og nettbrett vil kunne forbedre muligheten for kommunikasjonen, gi informasjon og samhandling mellom helsepersonell, og med pasienten selv.
2. **Verktøy og tjenester:** Bruk av digitale verktøy som bærbare datastyrt systemer for å måle biologiske signaler i etterbehandling og applikasjoner for å støtte behandling av kronisk sykdom.
3. **Automatiserte ende-til-ende-prosesser:** Optimalisering av ende-til-ende-prosesser, ved hjelp av automatisering og integrerte visninger av trinn i behandlinger
4. **Avansert analyse og prediksjon:** Integrering av intelligente algoritmer i prosesser, for eksempel bruk av historiske data og oppdatert sanntidsinformasjon for å forutsi forventede pasientstrømmer.

I mange bransjer og sektorer er digitalisering en grunnleggende endringsprosess. I helsesektoren påvirker det hvordan sykehus praktiserer, og vil fortsette å gjøre det i fremtiden. Det kan tilføre verdi ved å legge til rette for kommunikasjon og dokumentasjon, støtte automatisering av prosesser og gi nye muligheter - for eksempel når det gjelder bedre pasientetterbehandling. Mange digitale løsninger er allerede tilgjengelige, men få av disse er faktisk etablert i daglig klinisk praksis, hovedsakelig som et resultat av viktige utfordringer, som kompleksiteten i medisinske og tekniske prosesser, begrenset finansiering og det faktum at digitalisering krever endring i hele organisasjonen (Eichhorst mfl., 2017).

Digitale verktøy har vist stort potensiale for å forbedre helsetjenestens kapasitet til å nå målene med å forbedre pasientopplevelsen og helseresultatene, samt kontrollere eller redusere kostnadene (Shaw mfl., 2018). Til tross for nylige fremskritt innen digital helse, forblir imidlertid en sentral komponent av vellykket digital helseinnovasjon stort sett ikke adressert i akademisk litteratur: forbindelsen mellom nye digitale verktøy og endringene som trengs for den faktiske leveringen av helsetjenester. Sammenhengen mellom produktinnovasjon og tjenesteinnovasjon for digital helse har med andre ord ikke blitt tilstrekkelig

anerkjent, noe som har bidratt til de pågående utfordringene ved teknologiadopsjon og endringer i helseleveranseprosesser (Shaw mfl., 2018).

2.5.1 Spillifisering

Spillifisering er definert som anvendelsen av spillelementer i kontekster utenfor spill-sammenheng (Sardi mfl., 2017). Dette innebærer at i stedet for å utvikle fullverdige spill, er spillifisering ment for å benytte aktiviteter som minner om spill, og dermed påvirke brukernes innfallsvinkel. Følgelig er spillifiserte systemer spilliknende, men ikke faktiske spill (Seaborn og Fels, 2014). Seaborn mfl. (2014) forklarer spillelementer som mønstre, objekter, prinsipper, modeller og metoder direkte inspirert av spill. En spillifiseringstilnærming kan være bruk av narrative handlinger, avatarbaserte fremstillinger og deltakende opplæringsprogrammer (Sardi mfl., 2017). På denne måten kan kjedelige aktiviteter og gjøremål bli mer motiverende og underholdende. Dermed sørger det for en større grad av attraktive aktiviteter, samtidig som å sikre engasjement fra brukere i oppgaver som i utgangspunktet anses som demotiverende.

Digitale spill er en forholdsvis ny utvikling, men spill har eksistert i menneskelig kultur siden opprinnelsen (Seaborn og Fels, 2014). Spill har gjennom tidene blitt benyttet underholdningsmessig, men også for å knytte relasjoner, trening og antageligvis overlevelse. Derfor er spill sterkt forankret i menneskelig kultur, og påvirker stadig våre sosiale liv på en altomfattende måte. En rekke fordeler tilskrives spillifiseringsanvendelse, som emosjonelle, kognitive og sosiale forhold. Å utvikle positive relasjoner og fremme en integrasjonsfølelse er de viktigste sosiale fordelene som blir illustrert (Sardi mfl., 2017).

Tilnærmingen blir stadig mer benyttet i ulike sektorer og bransjer, hvor også den digitale helseindustrien har sett potensiale i den økende trenden (Sardi mfl., 2017). Denne interessen har i stor grad oppstått som en konsekvens av varierende tilgang til helsetjenester, manglende overholdelse av behandlingen, og økningen i helsekostnader. De avanserte funksjonalitetene som dagens smarttelefoner innehar, som eksterne sensorer og GPS-tjenester, har spilt en betydelig rolle for sømløs levering av helsetjenester, og særlig for spillifiserte digitale helseinnovasjoner. Gjennom teknologiske elementer har det dermed blitt utviklet omfattende helserelevante systemer for å fremme og sikre sunn livsstil, og det er vist

positive effekter på pasienter med ulike utfordringer (Sardi mfl., 2017). Spesielt innen pasienters selvstyring og autonomi har helsevesenet sett en rask vekst i anvendelsen av spillelementer.

2.5.2 Digitalisering og spillifisering av tjenester i psykisk helsevern

Digital teknologi og digitale helseinnovasjoner har et enormt potensial som skalerbare verktøy for å forbedre resultatene, utvide tilgangen og møte den økende etterspørselen etter psykiatriske helsetjenester (Hollis mfl., 2017). Gjeldende tjenesteleveringsmodeller for psykisk helsevern, særlig spesielt ved innleggelse, resulterer ofte i avbrudd i behandling, grunnet pasienters lave vilje, samt gjentatt reinnleggelse (Alafairet og Houghton, 2017). I tillegg til generelt lave intervensjonsnivå, kommenterer Alafairet og Houghton (2017) at initiering av omsorg for personer med en psykisk sykdom ofte er preget av en lang forsinkelse mellom diagnose og levering av omsorg, noe som kompliserer både omsorgen og utfallet.

Evnen til digital teknologi til å levere automatiserte løsninger kan forbedre tilgangen, lette presset på behandlere og unngå stigma knyttet til fysiske besøk til psykiatrisk behandling (Hollis mfl., 2017). Nylige fremskritt innen teknologi har ført til muligheter for digitale helseinnovasjoner å blir mer interaktive og tilpassningsdyktige for unge mennesker gjennom bruk av spillifisering og avansert spillteknologi (Hollis mfl., 2017). Innen psykisk helsevern har spillifiserte applikasjoner vist positiv følger for både voksne og unge pasienters forekomst av stress- og angstproblematikk (Dennis og O'Toole, 2014, Patwardhan mfl., 2015). Også for pasienter med autismspekterforstyrrelser er spillifisert programvare hyppig benyttet for å trene opp brukernes kommunikasjonsevner og sosiale ferdigheter (Seaborn og Fels, 2014).

Vanligvis inneholder digitale helseløsninger for psykiatriske pasienter læringstekst, bilder, video og/eller aktiviteter som spill, og stemningssporere, relatert til det psykiske problemet og målrettet mot den enkelte pasient (Hollis mfl., 2017). Hollis mfl. (2017) understreker at forskning viser at brukere ønsker en form for skreddersøm eller personifisering. De definerer *skreddersøm* i tilknytning til digitale helse som målrettede helsemeldinger som sendes til den enkelte pasient. Innholdet kan være personlig ved å benytte brukerka-

rakterstikker som brukerens navn og alder. Skreddersøm kan også bety at en løsning har forskjellige brukerveier, avhengig av for eksempel brukerens symptomer, eller lar brukerne velge moduler eller innhold som er mest relevante for deres problematikk. *Målrettet* kommunikasjon vil på sin side benyttes for å formidle innhold til en bestemt gruppe, for eksempel en bestemt aldersgruppe, eller personer med en spesifikk risiko for å utvikle helseproblemer (Hollis mfl., 2017).

Hollis mfl. (2017) hevder at personlig tilpasning er viktig for både voksne og unge pasienter. Pasienter har et ønske om at digitale løsninger skal være lydhøre overfor den enkelte, ved å ta hensyn til deres kliniske behov, følelser og personlige preferanser. Unge pasienter verdsetter særlig to aspekter: 1) Frihet til å benytte den digitale løsningen når de selv ønsker, og mulighet til å velge hvem de skal dele sine følelser og innhold med, og 2) Personifisering av løsningene. Selv om forskningen om skreddersøm og personifisering innen digitale løsninger og deres fordeler er begrenset, antyder den i følge Hollis mfl. (2017) at en ung persons evne til å tilpasse relativt små funksjoner kan ha innvirkning på hvordan brukere ser på og forholder seg til et nytt verktøy.

Unge mennesker verdsetter informasjon, tilgjengelighet, selvhjulpenhet og kontroll når de får tilgang til psykiatriske helsetjenester. Digitale løsninger betraktes vanligvis som mer tilgjengelige, og nettressurser som en måte å gjøre det mulig for unge å ha kontroll og oppnå uavhengighet. Også psykiatrisk helsepersonell oppfatter digitale løsninger som effektive ved at de tilbyr økt tilgjengelighet og tilgang til psykiatrisk hjelp når og hvor pasientene ønsker. I tillegg omtales digital teknologi som et tiltalende medium for unge mennesker, særlig for de som sliter med å snakke om følelsene sine. Dette vil følgelig fasilitere selvhjelp, økt selvtillit og redusere stigma knyttet til psykiatrisk behandling (Hollis mfl., 2017).

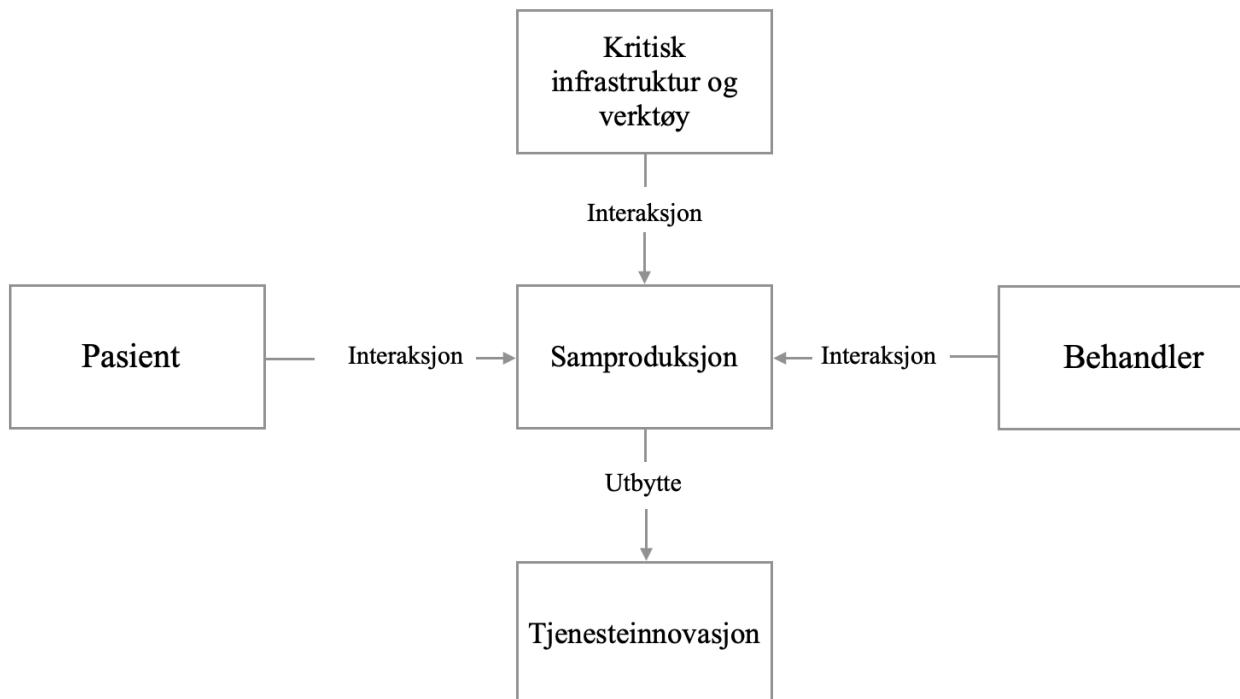
2.6 En pasientsentrert omsorgsmodell gjennom samproduksjon og digital helseinnovasjon

Ford mfl. (2017) påstår at det er en økende forventning fra pasienter knyttet til behandling. I stedet for å bli behandlet som et tall i et system, forventer de å spille en rolle i bestemmelse av deres behandling. Dette er krevende i tett integrerte økosystemer som om-

sorgsinstitusjoner, hvor koblingen mellom ulike poster skaper treghet. Forebygging, tidlig diagnose, hensiktsmessig behandling, samt pasientopplæring og -eierskap blir viktig da den stadige økningen av komplekse medisinske hjelpemidler kombinert med bevisstheten rundt enkeltpersoner vil endre den tradisjonelle tilnærmingen til forståelse og utforming av helsetjenester (Palozzi mfl., 2017). En effektiv håndtering av sykdommer krever en kulturell endring basert på både digitalisering, og dens innvirkning på forholdene mellom pasienter og helseorganisasjoner. Digital helse er spesielt orientert for å opprettholde en slik transformasjon, ved å muliggjøre nye relasjoner mellom pasienter og helseorganisasjonen, for eksempel i samproduksjonsperspektivet, der pasienten overviner statusen til en forbruker ved å bli en aktiv bruker av helsetjenesten (Palozzi mfl., 2017).

Implementering av ny teknologi og aktiv pasientinvolvering i omsorg og behandling kan omtales som grunnleggende drivere i innovasjon i helsevesenet. Dette kan illustreres med styring av sykdommer, basert på ny teknologi som fjernovervåkingssystemer, hvor pasienten aktivt kan delta i egen oppfølgingsprosess. Denne *samproduksjonstilnærmingen* til tjenester har vist en reduksjon i helseorganisasjoners arbeidsmengde, noe som tyder på nye muligheter i utformingen av helsetjenester. Videre følger pasienter og pårørendes samarbeid til en forbedret arbeidshverdag for medisinske behandlere, så vel som pasienters tilfredshet og lojalitet (Palozzi mfl., 2017).

Figur 1 illustrerer hvordan interaksjon mellom pasienter, behandlere og kritisk infrastruktur og verktøy fungerer som fasilitator for samproduksjon i leveransen av tjenester (Palozzi mfl., 2017). Følgelig er samproduksjon kjernen i tjenesteinnovasjon, som dermed leveres med høyere kvalitet, mer effektivt og kostnadsbesparende.



Figur 1: *Et samproduksjons-rammeverk for helsetjenester (Palozzi mfl., 2017)*

Parallelt med dette blir det avgjørende å utvikle digitale løsninger som møter pasientens personlige behov, og tilbyr skreddersydd funksjonalitet (Hollis mfl., 2017). På denne måten vil det kunne sikres en aktiv rolle fra pasientens side, og dermed en bedre opplevelse med tjenesten, samt et bedre resultat (Osborne mfl., 2016). Slik vil pasienten selv være med på å skape verdi av egen tjeneste og forme innholdet, samtidig som det muliggjør oppnådd eierskap til egen tilstand for pasienten. Digital disrupsjon er en refleksjon av forbrukernes atferd (Kuula og Haapasalo, 2017). Derfor blir det spesielt relevant å tilby digitale helseløsninger for barn og unge, av hensyn til deres omfattende digitale vaner og krav (Hollis mfl., 2017). Ford mfl. (2017) forklarer hvordan ny teknologi fasiliterer høyere verdi for pasienter. Spesielt spillifiserte applikasjoner kan tilrettelegge for unge pasienters mulighet til å få innsyn i og påvirke eget behandlingsforløp, og dermed sikre den enkeltes autonomi (Hollis mfl., 2017).

Prosesser og behandlingsforløp må tilpasses pasienten i alle dimensjoner, og ikke bare i en smal klinisk forstand (Liedtke mfl., 2017). Dette krever en ende-til-ende-integrasjon av datatilgang, og de digitale helseinnovasjonene, særlig innen psykisk helsevern, må i følge Alafaireet og Houghton (2017) utformes sammen med og godkjennes av deltakende pasien-

ter. Til tross for de presenterte fordelene med pasientinvolvering eksisterer det imidlertid begrenset med litteratur knyttet til pasientens viktige innspill i helseprosesser, særlig ikke innen psykiatrien (Palozzi mfl., 2017). Følgelig er dette et identifisert kunnskapshull, som studien ønsker å adressere gjennom innsamling og analysering av kvalitative data. I tillegg vil jeg tilnærme meg den begrensede omtalen av forbindelsen mellom innføringen av nye digitale verktøy og kravet til endringer i helseleveranseprosesser (Shaw mfl., 2018). Til slutt har jeg kartlagt en mangelfull adressering av samproduksjon i kombinasjon med digitale verktøy for barn under psykisk helsevern, hvor studien vil forsøke å bidra.

3 Forskningsdesign og metode

Følgende kapittel tar for seg anvendt metodikk for planlegging og gjennomføring av studien. Det vil bli argumentert for bruk av kvalitativ metode for å svare på forskningsspørsmålene, og hvordan dette oppnås gjennom casestudieforskning. Videre vil jeg presentere valg av Barneposten ved Haukeland Universitetssykehus som case, før utvalgsstrategien gjennomgås. Kapittelet tar så for seg datainnsamlingen gjennom studien, før validitet, reliabilitet og generalisering vurderes. Avslutningsvis vil jeg forklare dataanalysen og studiens etiske betraktninger.

3.1 Valg av forskningsdesign og metode

Easterby-Smith mfl. (2018, s. 91) forklarer forskningsdesign som det å organisere forskningsaktiviteter, inkludert innsamling av data, på en måte som hensiktsmessig oppnår målet med studien. Videre beskriver de essensen med å utforme forskning som å ta valg knyttet til *hva* som skal forskes på, *hvordan* det skal gjennomføres og *fra hvor* data skal innhentes.

Gjennom studien har det vært benyttet en konstruktivistisk epistemologi. Epistemologien vil legge føringer for hvordan det blir søkt å oppnå kunnskap, og hvordan den blir tolket (Easterby-Smith mfl., 2018, s.68). Et konstruktivistisk syn vil hevde at det eksisterer flere realiteter, samt flere kilder og måter å oppnå innsikt på. Easterby-Smith mfl. (2018, s.70) forklarer hvordan konstruktivisme vektlegger *menneskers* syn på empiriske forhold, særlig gjennom å dele deres erfaringer med andre. På denne måten vil det være menneskers opplevelser som definerer virkeligheten.

En konstruktivistisk studie vil søke etter sammenhenger gjennom å ta utgangspunkt i spørsmål, og søke mot en casetilnærming for å oppnå innsikt (Easterby-Smith mfl., 2018, s.71). Datagrunnlaget vil i hovedsak basere seg på ord og samtaler gjennom ulike metoder, og flere beviskilder. Dermed vil et konstruktivistisk forskningsdesign oppnås gjennom metodetriangulering, og følgelig ble denne tilnærmingen valgt ved utførelsen av studien. Da konstruktivisme prioriterer datainnsamling gjennom menneskers forklaring av empiriske forhold vil en kvalitativ analyse være hensiktsmessig. Målet med studien var

å oppnå innsikt på et dypere nivå og udefinerte områder. En kvalitativ metode vil sikre en mer utforskende tilnærming, og benytter åpne fremfor forhåndsdefinerte spørsmål og svar (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 173). Med dette som bakgrunn ble det valgt å benytte kvalitativ casestudieforskning med flere beviskilder.

3.1.1 Casestudie

Yin (2018, s. 15) har utarbeidet en todelt definisjon for casestudie som forskningsmetode. Første del handler om omfanget til en casestudie, hvor definisjonen forklarer en casestudie som en empirisk metode som undersøker et dagsaktuelt forhold i dybden, og innen en reell kontekst. Dette er særlig aktuelt i tilfeller hvor skillet mellom fenomen og kontekst er uklare. På den måten vil det brukes en casestudie når ønsket er å forstå faktiske forhold, og ved antagelser om at det ikke kan oppnås forståelse uten innsikt i kontekstuelle sammenhenger. Dette argumentet bygger opp under bruk av casestudie som gunstig for studien. Helsevesenet er, som tidligere nevnt, preget av kompleksitet rundt ytre faktorer som regulatoriske, økonomiske, sosiale, kliniske og etiske forhold (Clack, 2017). Tematikken er samtidig dagsaktuell, og fokuset lå på en kombinasjon av gjengivelse av nylige, nåværende og planlagte hendelser og forhold (Yin, 2018, s. 12).

Andre del av Yin's definisjon forklarer hvordan en casestudies egenskaper vil være å håndtere komplekse situasjoner med mange interessepunkter gjennom å ta i bruk tidligere teori for å gjennomføre planleggingen, datainnsamling og analyse. Derfor avhenger casestudieforskning av flere beviskilder gjennom en metodetriangulering. Casestudier som benytter flere enn én beviskilde vil dermed generelt sett være av høyere kvalitet enn de som kun baserer seg på én kilde. En viktig begrunnelse for å bruke flere beviskilder i casestudieforskning er relatert til det grunnleggende motivet for å utføre en casestudie i utgangspunktet: å gjøre en grundig studie av et fenomen i sin virkelige kontekst. Å være både grundig og kontekstuell innebærer å samle en rekke relevante data, som igjen forutsetter bruk av flere kilder (Yin, 2018, s. 127).

Også forskningsspørsmålene avgjør i stor grad hvorvidt casestudie er aktuelt for en studie (Yin, 2018, s.4). Ved forskningsspørsmål som ønsker å *forklare* faktiske forhold, vil casestudieforskning øke i relevans. Dette innebærer forskningsspørsmål som stiller *hvor-*

dan- og *hvorfor*-spørsmål, og krever en grundig og dyptgående beskrivelse av et fenomen. Det ble tidlig kartlagt at problemstillingen stilte krav til en omfattende og grundig forskning, og dermed var også dette grunnleggende for valg av casestudie som forskningsmetode under studien.

Studien har integrert perspektiver på flere analysenivå. Dette omfatter individ- og avdelingsnivå. Derfor kan det påstås at caset har en forankret tilnærming, da det er bevisste utvalg av analysenivå, samt definerete avdelinger og enheter som en del av organisasjonen (Yin, 2018, s. 52). Målet var rettet mot en analytisk generalisering, som forklares av Yin (2018, s.38) som å kunne diskutere, utvikle og nyansere teori, for å etablere anvendeligheten til caset. Særlig var det ønskelig å bidra til utvikling av den etablerte teorien, ved å tilnærme meg de identifiserte kunnskapshullene.

3.1.2 Valg av case: Barneposten, Haukeland Universitetssykehus

Yin (2018, s.28) forklarer hvordan valg av case krever både definerings og begrensning av caset. Definisjon av caset skal i hovedsak basere seg på forskningsspørsmålene, og på hvilken måte de kan bli besvart. I tillegg er tilgang til data avgjørende. Det var gjennom barnepsykiater Bloch Thorsen etablert et innpass på Haukeland Universitetssykehus, og dermed ble dette et naturlig utgangspunkt for videre vurdering av case.

Barneposten - en sengepost for utgreiing og behandling for barn med psykiske vansker - ble valgt ut som en egnet case, da det var relevant å studere problemstillingen i en kontekst hvor barn er under innleggelse i psykisk helsevern. Det var også ønskelig med innsikt fra tjenesteytere med ulike roller, som behandlere og miljøterapeuter. På en sengepost vil ulikehetene mellom rollene være spesielt distinktive, da miljøterapeuter har ansvar for barna i deres daglige liv og deltar dermed aktivt i deres hverdag. På denne måten har de god kjennskap til barns vaner og ønsker. Behandlere på sin side vil ha ansvar for utforming av behandlingsforløp, og har dermed høy kunnskap om kliniske spørsmål. På en poliklinikk vil ikke denne rollefordelingen være tilstede, og man får ikke anledning til å bli kjent med barnet på samme nivå.

3.2 Utvalg og utvalgskriterier

For å kunne studere det empiriske fenomenet valgte jeg å utføre et enkeltcasestudie, hvor utvalget ble basert på Barneposten på Haukeland universitetssykehus (HUS), samt andre aktuelle avdelinger på sykehuset. For å forstå hvordan barn under psykiatrisk behandling kan oppnå eierskap til egen helsetilstand ved hjelp av digitale verktøy er det viktig å studere perspektiver fra en rekke ulike aktører som er involvert i prosessen. Tabell 4 gir en oversikt over grupper som ble inkludert i studien.

Tabell 4: *Oversikt over respondentutvalget*

Organ/gruppe	Påvirkning og kunnskap
Behandlere	Er direkte påvirket ved å være brukere og stå for tilrettelegging og opplæring ved bruk av digitale verktøy. Vil ofte fungere som initiativtaker og innehar avgjørende kunnskap om nødvendig funksjonalitet og behov.
Miljøterapeuter	Er direkte påvirket ved å være brukere og stå for oppfordring til bruk blant pasienter. Har høy kunnskap om barns digitale vaner og krav og dermed også nødvendig funksjonalitet og behov
Faglig ansvarlige	Større administrativt og faglig ansvar. Høy innflytelse på avgjørelser
Erfaringskonsulenter	Tidligere pasienter som er ansatt i regi av sin erfaring med sykdom. Kan ha direkte kontakt med pasienter og innehar høy kunnskap om behov og problematikk.

Valgene ble tatt basert på i hvilken grad gruppen blir påvirket av innføringen av digitale verktøy, og hvor stor innflytelse den har på implementasjonen. Gruppene som blir direkte påvirket er behandlere, miljøterapeuter og barn i pasientrollen. Samtidig vil også foreldre som pårørende i høy grad bli påvirket. Under studien ble det imidlertid ikke utført datainnsamling rettet direkte mot pårørende. Dette på grunn av begrensede tidsressurser. Yin (2018, s.31) forklarer imidlertid hvordan de individer og/eller grupper som ikke blir inkludert i casets begrensning vil være en del av studiens kontekst. Foreldres rolle har dermed ikke vært ekskludert i studien, til tross for at foreldregruppen ikke har vært en del av studiens utvalg, men hvor deres funksjon har blitt adressert av andre.

Det ble forsøkt å inkludere ansatte på Barneposten med ulike roller og bakgrunn, ved

hjelp av nøkkelinformant. Nøkkelinformanter i kvalitativ metode er eksperter som innehar mye kunnskap om organisasjonen eller tematikken (Pettersen og Tørseth, 2020), og det var nøkkelinformants oppgave å identifisere passende respondenter etter behov. Optimalt vil en kvalitativ forskningsstudie utvikles som en sirkulær prosess, hvor utvalget oppdateres etter analyse og innsikt fra data (Pettersen og Tørseth, 2020). Denne tilnærmingen ble benyttet under studien, hvor ett og ett intervju ble planlagt underveis og etter ønsket innsikt basert på tidligere intervju. Tabell 5 gir følgelig en oversikt over respondenter i studien, inkludert overordnet stilling.

Tabell 5: *Respondenter under studien*

Betegnelse	Stilling
Respondent 1	Behandler, Helse Bergen - Barneposten
Respondent 2	Miljøterapeut, Helse Bergen - Barneposten
Respondent 3	Behandler, Helse Bergen, Klinikk for psykisk helsevern for barn og unge
Respondent 4	Miljøterapeut, Helse Bergen - Barneposten
Respondent 5	Behandler, Helse Bergen, Klinikk for psykisk helsevern for barn og unge
Respondent 6	Behandler med faglig ansvar, Helse Bergen - Barneposten
Respondent 7	Helsepersonell med faglig ansvar, Helse Bergen
Ungdomsrådet	Erfaringskonsulenter, Brukerutvalget Helse Bergen

Det ble imidlertid en utfordring å få tilgang til pasientutvalg fra Barneposten, ettersom det består utelukkende av barn i særlig sårbare situasjoner, og det var forutsett at det kritiske punktet i studien ville ligge her. Det var planlagt tilgang gjennom nøkkelinformant til villige og passende pasienter, i samråd med foresatte. Dette var imidlertid ikke gjennomførbart, og følgelig var det nødvendig å finne et utvalg som i høyest mulig grad kunne representere synspunktene til barn under psykiatrisk behandling. I første omgang ble barn utenfor helsevesenet vurdert. Det var imidlertid ønskelig og nødvendig med barn som hadde erfaring fra pasientrollen og helsevesenet. Følgelig ble “Ungdomsrådet” ved HUS ansett som det beste alternativet, da rådet består av unge som har vært under behandling, i mange tilfeller fra et tidlig stadium av livet. Rådets medlemmer er unge i alderen 12-25 og har til felles at de har vært behandlet ved HUS, både for somatisk og

psykiatrisk problematikk. Rådet er å regne som erfaringskonsulenter, da de er ansatt i regi av sin erfaring med sykdom. Deltakerne i rådet kan gjennom sitt arbeid og innsikt uttale seg etter egne erfaringer, eller basert på innsyn fra barn og unge som en gruppe.

3.3 Datainnsamling

Gjennom studien har det blitt benyttet flere datakilder for å sikre en grundig gjennomgang av ulike perspektiver til problemstillingen. For å kunne beskrive materialet benyttet under de kvalitative intervjuene vil det i første omgang være hensiktsmessig å forklare utviklingen av en forenklet prototype av en digital løsning med mål om å øke barns innsikt og påvirkning på egen helsetilstand. Videre vil de benyttede metodene være *dybdeintervju*, *gruppeintervju* og *dokumentanalyse*.

3.3.1 Prototypeutvikling - Designvitenskap

Under intervjuene ble det benyttet digitale visuelle data for å legge opp til kreativ respons. Ord vil ikke alltid være tilstrekkelig for å kunne samle inn relevant informasjon, og visuell data vil på den måten legge til rette for innhenting av data som ellers ikke vil være tilgjengelig (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 208). Forskere kan i tillegg til å undersøke betydningen av visuelle data, også analysere hvordan den blir laget og tolket. I denne studien var særlig sistnevnte relevant, hvor tolkning av digitale visuelle virkemidler var egnet som beviskilde. De visuelle datakildene var i form av en forenklet prototype av Adfectus' kjerneprodukt.

Formålet med prototypen var å innhente synspunkt og tilbakemeldinger fra respondentene, og dermed viderutvikle den basert på responsen. Derfor var det nyttig å skissere funksjonalitet og brukstilfeller gjennom et prototypeverktøy. Et prototypeverktøy vil muliggjøre interaktivitet og samhandling mellom bruker og prototype.

Utformingen har vært basert på en *designvitenskapelig*-tilnærming. I følge Hevner og Chatterjee (2010) er designvitenskap et problemløsningsparadigme, og har sine røtter i ingeniørfag. Designvitenskap søker å skape innovasjoner som møter ideer, praksis, tekniske evner og produkter, og på den måten effektivt analysere, designe, implementere og styre informasjonssystemer. Følgelig søker designvitenskap å skape innovative elementer for å

løse virkelige problemer, og kombinerer fokuset på en teknisk løsning med dens relevans i konteksten (Hevner og Chatterjee, 2010).

Særlig viktig innen designvitenskapelig forskning er å gi klare og verifiserbare bidrag innen området for anvendelse, samt tilfredstillende løsninger til problemet (Hevner og Chatterjee, 2010). Vitenskapen vil være anvendbar over tre forskningscykluser under et prosjekt: 1) Relevanssyklus, 2) Designsyklus og 3) Grundighetssyklus. Under denne studien har relevanssyklusen vært gjeldende, hvor det sentrale er miljøet hvor innføringen av verktøyet skal foregå. Hevner og Chatterjee (2010) forklarer hvordan god designvitenskap begynner med identifisering av muligheter og problemer i konteksten.

Relevanssyklusen vil derfor forme kravene til utviklingen, i tillegg til å definere kriteriene og hvordan løsningen fører til forbedringer (Hevner og Chatterjee, 2010). Resultatene fra forskningen må igjen føre tilbake til videre evaluering og tilpasning. Det kan for eksempel være krav om annen funksjonalitet og brukervennlighet, eller at applikasjonen ikke stemmer overens med praksisen. Dermed vil en ny iterasjon av relevanssyklusen starte med tilbakemeldinger fra personer i miljøet basert på praktisk erfaring, og krever følgelig en omarbeiding av kravene.

Første iterasjon ble utviklet sammen med barnepsykiater Bloch Thorsen og kolleger. Bloch Thorsen hadde før oppstart av studien identifisert en problemstilling, og hadde gjennom sitt arbeid med barn en antagelse om nødvendig funksjonalitet. Det var dermed et naturlig startpunkt for relevanssyklusen.

3.3.2 Dybdeintervju

Hovedandelen av datagrunnlaget i studien er basert på dybdeintervjuer. Disse hadde en "semi-strukturert"-karakter hvor spørsmålene var åpne og la til rette for en samtale styrt av intervjuobjektet, men hadde likevel en viss form for struktur (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 184). Det vil i følge Easterby-Smith mfl. (2018, s.185) være hensiktsmessig å utarbeide en intervjuguide på forhånd, som kan benyttes som en løs struktur over interesseområdene. Til tross for at det vil være naturlig å følge opp interessante synspunkter, vil det samtidig være nødvendig å gjennomgå de forhåndsdefinerte områdene som skal dekkes. Videre forklarer de den generelle misoppfattelsen av et helt ustrukturert intervju,

hvor det antas at intervjuobjektets mulighet til å snakke fritt og uten avbrytelser er den beste måten å innhente informasjon om objektets synspunkt. Denne oppfattelsen har ført til dårlig data, som er vanskelig å tolke. Sannsynligheten for suksess vil dermed øke om forskere fra start av er konsekvente og følger en intervjuguide.

Det var relevant å benytte dybdeintervju for datainnsamling fordi det var ønskelig med enkeltpersoners opplevelser og holdninger. Dermed ble dette gjennomført med samtlige behandlere, miljøterapeuter og faglig ansvarlige. Som jeg vil gå nærmere innpå i kapittel 4 har barnepsykiatrien hatt stor pågang under covid-19-pandemien, og det har derfor vært utfordrende for de ansatte å sette av tid til deltakelse i studien. Det har imidlertid blitt gjennomført seks dybdeintervjuer, hvor to av objektene er miljøterapeuter og fire er behandlere, hvorav én har faglig ansvar.

Intervjuene hadde i gjennomsnitt varighet på 80 minutter, med 50 minutter på det korteste, og 120 minutter på det lengste. Samtlige intervju ble gjennomført som videosamtaler, hvor det ble gjort lydopptak. Det ble benyttet en intervjuguide (Vedlegg 1) i hvert av intervjuene, med tilpasninger basert på respondentens rolle. Underveis ble også guiden endret etter hvilke tema som hadde vist seg som spesielt interessante under tidligere intervjuer.

Intervjuene var delt i fem deler: 1) Introduksjon, 2) Bakgrunn og rolle, 3) Samtalebasert intervju, 4) Visuelt basert intervju, og 5) Avslutning. Første del av intervjuet besto derfor av å forklare hensikten med studien og intervjuet, hvordan det ville foregå, den videre prosessen, samt respondentens rettigheter knyttet til personvern. I del to ble respondentene bedt om å fortelle om sin faglige og profesjonelle bakgrunn, samt sin rolle og arbeidsoppgaver på nåværende tidspunkt. Under denne delen var målet å få innsyn i objektets arbeidssituasjon og biografi. Den samtalebaserte intervjudelen besto av flere undertema:

- Rutiner og verktøy i arbeidet
- Egne digitale vaner og tilnærming
- Barns digitale vaner og endringer
- Informasjonsformidling til barn i pasientrollen
- Påvirkningsmuligheter

- Personifisert behandling
- Leveransemodell

Det visuelt baserte intervjuet handlet om å benytte elementer fra designvitenskap og få tilbakemeldinger på grunnlag av den foreløpige prototypen. Hensikten med dette var å få synspunkter fra en behandlerers perspektiv, men også deres tanker rundt barns ønsker og krav. Spesielt sentralt var det å innhente tanker om hvordan verktøyet kan endre leveranseprosessen og arbeidsrutiner, samt hvordan respondenten stilte seg til innføring av et digitalt verktøy.

Det visuelt baserte intervjuet ble tilpasset den nødvendige bruken av videosamtaler, som følge av koronarestriksjoner. Dette innebar at det ikke var mulig for respondentene å selv interagere med prototypen, men hvor den ble presentert gjennom skjermdeling. Det ble dermed gått gjennom de ulike delene, og respondenten fikk mulighet til å kommentere og stille spørsmål. Etter fremvisningen ble respondentene bedt om å ta stilling til potensielle effekter ved løsninger, både for deres egen arbeidsdag, men også for deres pasienter. Avslutningsvis fikk respondenten mulighet til å utdype det som var tatt opp under intervjuet, eller ta opp andre relevante tema.

3.3.3 Gruppeintervju

Utføring av dybdeintervju var viktig for å etablere kunnskap rundt behandling, tidligere resultater, meninger og erfaringer fra tjenesteytere og ledere. På den andre siden måtte også pasientenes rolle adresseres, som ble representert av Ungdomsrådet. Det var passende å benytte gruppeintervju, fordi det legger til rette for diskusjon rundt tema, hvor deltakerne kan respondere på andres ideer og tanker (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 181). Easterby-Smith mfl. (2018) skiller mellom gruppeintervju og fokusgrupper, hvor gruppeintervju er en naturlig sammensetning av personer med tilknytning til hverandre, mens fokusgrupper blir satt sammen av forskeren. Videre forklarer de hvordan uttrykket “intervju” kan være noe missvisende for gruppeintervju, da de ofte er løst strukturerte, og foregår som en guidet samtale mellom flere. Gruppeintervju er hensiktsmessige når man ønsker en bestemt gruppes synspunkt rundt et tema og felles utfordringer. Dermed var gruppeintervju en hensiktsmessig metode med hensyn til pasienters perspektiv.

I tillegg til Ungdomsrådet deltok også en helsefaglig ansatt (Respondent 7) i gruppeintervjuet. Dette var på grunn av dens særlige innsikt i barn og unges erfaringer som pasienter, samt koordinering av ulike prosjekter knyttet til pasientinvolvering. Dermed var den en naturlig del av gruppen. Under analysen av pasientperspektivet er imidlertid den ansatte skilt ut som en enkeltstående respondent. Dette for å skille mellom utsagn fra Ungdomsrådet og den ansattes egne perspektiver og erfaringer.

Til tross for at gruppeintervju skal være løst strukturert, bør det også her være utformet en intervjuguide på forhånd for å sikre at ønsket tematikk blir belyst (Vedlegg 2). Gruppeintervjuet var delt inn fem i ulike deler: 1) Introduksjon, 2) Om Ungdomsrådet, 3) Samtalebasert intervju, 4) Visuelt basert intervju, og 5) Avslutning. Første del var som under dybdeintervjuene, hvor bakgrunn for oppgaven og hensikt ble adressert. Rådet ble bedt om å tilnærme seg tematikken fra egne perspektiver, men også på vegne av gruppen de representerer. Under andre del ble gruppen bedt om å forklare hensikten med rådet. Videre tok det samtalebaserte intervjuet for seg følgende undertema:

- Digitale vaner
- Pasienters innsikt i behandling
- Påvirkningsmulighet
- Behandlers tilnærming
- Virkemidler i behandlingen

Den visuelt baserte delen var strukturert på samme måte som under dybdeintervjuene, hvor deltakerene fikk gi tilbakemeldinger og svare på spørsmål knyttet til prototypens utforming og funksjonalitet. Etter gjennomgangen ble gruppen spurt om hvordan løsningen kunne ha endret deres behandlingsforløp, og hvordan den potensielt kan påvirke fremtidige barns opplevelser med helsevesenet.

3.3.4 Sekundære tekstdata og dokumentanalyse

For å bygge opp under data samlet inn ved hjelp av dybde- og gruppeintervjuer var det relevant å se på sekundærdata i form av tekst. Sekundære tekstdata er skriftlige informasjonskilder som ikke er produsert for forskningssammenheng, men som kan ha relevans for forskningsprosjekter (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 173). Sekundære kildedata

kan inkludere organisasjons- og regjeringsrapporter, arkivdata, nettsider, avisartikler og bøker. De kan dermed gi informasjon knyttet til en organisasjons eller institusjons strategi. En klar fordel med sekundærdata er tidsbesparing for forskerens del. Samtidig vil informasjonen ofte være av høy kvalitet, spesielt når den er publisert av myndigheter og institusjoner. Det er imidlertid viktig for forskeren å ta i betraktning at informasjonen er utgitt for å tjene et formål, og kan dermed være formet deretter. I tillegg vil det være avgjørende for forskeren å la forskningsspørsmålet definere relevant data, og ikke motsatt (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 174).

Sekundære tekstdata i form av strategiplaner, organisasjonsbeskrivelse og nasjonale og fylkesregionale reformer og rapporter var viktige for å innhente nødvendig data knyttet til ytre og indre faktorer, som politiske og regulatoriske forhold. Samtidig, for å kunne stille forberedt til intervjuer, ble det innhentet data omhandlende tematikken på et generelt nivå, spesielt med tanke på klinikkens formål.

Tabell 6: *Dokumenter benyttet i studien*

Dokument	Innhold
Behandlingsplan på post <i>Helse Bergen, u.å.-a</i>	Forklaring av strukturen i Klinikken for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen. Avklaringen av Barnepostens hensikt og utforming av bestilling fra poliklinikk.
Forventningsavklaring <i>Helse Bergen, u.å.-b</i>	Skjema til utfylling for avklaring av forventinger til oppholdet
Informasjonsskriv <i>Helse Bergen, u.å.-c</i>	Informasjon til barn og foreldre som skal innlegges
Planlegging og logistikk <i>Helse Bergen, u.å.-d</i>	Gjennomgang av behandlingsforløpet på Barneposten

Under analysen ble det benyttet dokumenter fra Barneposten. Dette inkluderte interne rapporter og strategiske planer, skriv produsert for å informere pasienter og pårørende, samt skjema til utfylling av pasienter og behandlere. En oversikt over benyttede dokumenter gis i Tabell 6, og inneholder oppgavens videre betegnelse og henvisning til det enkelte dokument.

3.4 Validitet, reliabilitet og generalisering

Validitet, reliabilitet og generalisering omtales ofte i forskningssammenheng. Begreperne er viktige når man ønsker å omtale studiens relevans og troverdighet. Validitet handler om i hvilken grad forskningsresultatene korrekt representerer det de er ment for å beskrive (Easterby-Smith mfl., 2018, s.99). Dermed er validitet viktig for å kunne avgjøre om grunnlaget for konklusjoner og funn er berettiget. Videre skilles det mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet omhandler bevismaterialets gyldighet, som i studiens sammenheng vil være utvalgenes evne til å representere faktiske forhold. Ekstern validitet vil på sin side beskrive hvorvidt resultatene fra studien kan generaliseres til andre settinger og kontekster (Easterby-Smith mfl., 2018, s. 100).

Studien inkluderer tjenesteytere som representerer ulike roller i psykisk helsevern, og som har lang erfaring innen helsevesenet og arbeid med barn. Samtidig ble det ikke oppnådd tilgang til et utvalg for barn under psykisk helsevern. Ungdomsrådet var et hensiktsmessig alternativ, men aldersgruppen her er noe høyere enn den som behandles på Barneposten. Utvalget har imidlertid god innsikt i barns erfaringer som pasienter, og har vært under behandling fra ung alder. Til tross for dette er ikke rådet rettet direkte mot psykisk helsevern, og dette perspektivet har dermed blitt adressert i mindre grad. Dette kan føre til lavere intern validitet. Det later til at det norske BUP-systemet er preget av store likheter og samme problematikk i de ulike helseforetakene. Barneposten er ikke noe unntak her, og de illustrerte problemområdene og behovene stemmer overens med de som beskrives på landsbasis. Derfor kan det argumenteres for at den eksterne validiteten er høy.

Reliabiliteten til en studie handler om hvorvidt resultatene kan reproduseres ved å gjennomføre den på nytt (Easterby-Smith mfl., 2018, s.110). Innen konstruktivistisk forskningsdesign vil reliabilitet være et spørsmål om lignende observasjoner vil kunne oppnås av andre forskere. Det faktum at jeg som forsker har vært svært engasjert i tematikken, i tillegg til å ha oppfatning om hvordan problematikken kan tilnærmes, kan være en utfordring. Ved kvalitativ metode generelt vil det være utfordrende å oppnå full reliabilitet, da det er vanskelig for forskeren å ha en objektiv tilnærming. Allikevel har studiens prosess blitt beskrevet nøye, det har blitt forsøkt å spørre nyanserte spørsmål, og analysen har

tatt hensyn til holdninger som taler i mot mitt utgangspunkt. Derfor kan det påstås at de observasjonene som er gjort vil kunne repliseres av andre, og studien dermed har en fullgod grad av reliabilitet.

I følge Easterby-Smith mfl. (2018, s. 269) vil en kvalitativ forsknings bidrag ofte være dens unikhhet, og ikke hvorvidt den kan replikeres av andre. Forskningen utføres av et unikt individ i en unik setting, og replikering blir dermed vanskelig. Derfor vil kvalitativ forskning søke mot *intern generalisering*: Å kunne forklare hva som har blitt forsket på innen en gitt kontekst. Det er vanskelig for forskere innen den kvalitative disiplinen å forsikre om at deres teorier kan overføres til andre settinger enn den de selv har undersøkt. De kan imidlertid identifisere faktorer som vil kunne avgjøre overførbarheten av gitte teorier, og dermed gi leserne mulighet til å selv avgjøre hvilke sammenhenger teoriene kan benyttes i (Easterby-Smith mfl., 2018, s.270). På denne måten søkes det ikke å gi et universelt svar, men å stille en tentative hypotese: *teoretisk generalisering*. Denne tilnærmingen går godt overens med oppgaven, og det er forsøkt å drøfte funn opp mot etablert teori.

3.5 Analyse

Easterby-Smith mfl. (2018, s.227) forklarer hvordan forskere, spesielt innen aksjonsforskning, vil være påvirket av antagelser gjort på forhånd, og dermed forsømme alternative tolkninger. Ved å forsøke å legge egne forhåndsforståelser bort vil analysen av forskningen bli beriket, og føre til ny og viktig innsikt. Det ble derfor gjort et forsøk på å legge bort egne synspunkter under analysen, og ikke lete etter bestemt innhold. Dermed har det blitt benyttet en “åpen” analysering, og en holistisk tilnærming til datanalysen (Easterby-Smith mfl., 2018, s.242).

Intervjuene ble transkribert underveis i prosessen, og i samme rekkefølge som de ble utført. Dermed ble det mulighet for å utforme studien som en sirkulær prosess, hvor respondenter ble valgt ut etter innsikt fra tidligere intervju. Under transkriberingen ble spesielt interessante utsagn markert. Etter at samtlige intervju og transkribering var ferdigstilt ble tekstene kodet. En kode forklares av Easterby-Smith (2018, s.245) som et ord eller en kort frase som oppsummerer innholdet bak et sett av data, som for eksempel en setning eller et utsagn. Det ble tidlig ansett som nødvendig å adskille utsagnene basert

på de samtalebaserte og visuelt baserte intervjudelene. Dette var på grunn av de to ble utført med ulike fremgangsmåter, og hadde følgelig ulike responsformer.

I første omgang ble de markerte utsagnene kodet i ulike fargekoder basert på kategori. Deretter ble resterende tekst gjennomgått og kodet med samsvarende kodefarger. Påfølgende ble de kodene med samme farger plassert i et felles dokument. Dette innebar at det var lettere å identifisere fellestrekk i utsagnene. Det var imidlertid svært mange ulike kategorier, og det ble vanskelig å se en sammenheng. Derfor var det nødvendig med mer definerte kategorier, og dermed se etter fellestrekk i de opprinnelige kodene. Da perspektivene til de ulike undertemaene varierte i dybdeintervjuene og gruppeintervjuet, var også kategoriene de to ble kodet innenfor ulike. Dybdeintervjuene resulterte i følgende kategorier: 1) *Etablerte virkemidler*, 2) *individuelle virkemidler*, 3) digital tilnærming, 4) barns informasjonsbehov, og 5) *helseleveransemodell*.

Gruppeintervjuet ble kodet og kategorisert isolert fra dybdeintervjuene. Dette resulterte i følgende kategorier: 1) *Digitale vaner*, 2) *krav til digitalisering*, 3) *innsikt i behandling*, 4) *påvirkningsmulighet*, og 5) *bruk av visuelle virkemidler i behandling*.

Kategoriene fra den visuelt baserte delene ble utformet etter temaene som ble tatt opp her: Potensiell virkning på barn i pasientrollen, og potensiell virkning på behandleres rutiner. Denne delen ble dermed ikke gjennomført som åpen koding, da den ikke tok sikte på å utvikle kategorier.

3.6 Forskningsetikk

Under en kvalitativ studie er det viktig å ta stilling til etiske betraktninger (Easterby-Smith mfl., 2018, s.159). På grunn av studiens sensitive tematikk har det vært særlig viktig med anonymisering av respondentene, og spesielt deltakerne fra Ungdomsrådet. Derfor ble uttalelsen fra det enkelte medlem fra Ungdomsrådet ikke tilskrevet dem som enkeltperson, men på vegne av hele rådet. Det var samtidig vesentlig å sikre at studien ble utført på en etisk riktig måte, og dermed var godkjenning fra NSD en milepæl. For at respondentene skulle ha innsikt i egne rettigheter ble det utarbeidet to informasjonskriv (Vedlegg 3 og 4), som ble sendt ut før selve intervjuet.

4 Innføring i barns psykiske helse

For å støtte opp under analysen og diskusjon under studien tar følgende kapittel for seg en innføring i den empiriske konteksten. Dette innebærer en introduksjon til norske barn og unges psykiske helse, etterfølgende av Covid-19-pandemiens påvirkning på området. Videre vil jeg gi en sammenfattet presentasjon av utviklingen av behandlingen for psykisk syke mennesker, samt dannelsen av barnepsykiatrien. Til slutt vil kapittelet forklare barn og unge under psykisk helseverns rettighet.

4.1 Psykisk helse hos barn og unge i Norge

Over de siste tiårene har de fleste industrialiserte land sett en sterk økning i andelen barn og unge med psykiatriske diagnoser (Reneflot mfl., 2018). Verdens helseorganisasjon anslår at 10-20 prosent av barn og unge opplever psykiske helseforstyrrelser (World Health Organization, u.å.). I Norge har de fleste barn og unge god psykisk helse. Det er imidlertid en betydelig andel som får diagnostisert psykiske lidelser i en tidlig fase av livet, hvorpå lidelsene er livsvarige for mange (Surén mfl., 2018). Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) behandler omlag 5 prosent av Norges befolkning i aldersgruppen 0-17 år hvert år (Reneflot mfl., 2018). Generelt kan man si at diagnoseforekomsten blir høyere med alderen, og er høyere hos tenåringer enn hos små barn. Hos de minste barna er flertallet av de behandlede gutter, mens det blant eldre barn og ungdom er flest jenter (Reneflot mfl., 2018).

Da barn er i stadig utvikling, vil symptomene på psykiske lidelser og problemer opptre ulikt på ulike alderstrinn. Små barn, med manglende språkferdigheter, vil i hovedsak uttrykke symptomer gjennom endret adferd. Selv om tilstanden vil bli synlig ved tidlig alder, blir den ofte ikke diagnostisert før i skolealder (Reneflot mfl., 2018). Til tross for at skolebarn har større forutsetninger for å uttrykke seg språklig, kan det være krevende for dem å beskrive problematikken og egen tilstand. Ungdommer vil i større grad kunne beskrive symptomene sine, og det er dermed også enklere å diagnostisere deres tilstand enn yngre barns.

Problemstillingen hos barn vil ofte være sammensatt, og det er dermed ikke uvanlig at

flere lidelser opptrer samtidig. For eksempel vil forekomsten av depresjon og angst være hyppigere hos barn med atferdsforstyrrelser (Surén mfl., 2018). Depresjon og angst opptrer også ofte sammen, og symptomene er vanskelig å adskille. En diagnostisk overlapp vil imidlertid oppstå fordi barn har sammensatte vansker, og det er dermed vanskelig å forene dette med kun én diagnose (Reneflot mfl., 2018). De vanligste psykiske lidelsene hos barn og unge omfatter depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), spiseforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), autismespekterforstyrrelse, tic-lidelser og adferdsforstyrrelser.

Genetiske forhold spiller en viktig rolle i risikoen for psykiske lidelser hos barn og unge (Reneflot mfl., 2018). I tillegg er psykososiale og psykologiske omstendigheter viktige risikofaktorer. De viktigste faktorene er identifisert av FHI (Reneflot mfl., 2018) som 1) *Krevende forhold og livshendelser i familien*, 2) *Omsorgssvikt, mishandling og overgrep*, 3) *Sosial isolasjon og mobbing*, 4) *Flyktningebakgrunn og traumatiske erfaringer fra opprinnelsesland*, 5) *Lav sosioøkonomisk status*, 6) *Uheldige forhold rundt graviditet og fødsel*, og 7) *Psykiske lidelser og rusmisbruk hos foreldre*

4.2 Covid-19-pandemien - følger for barn og unge

Det ettertrykkelige fokuset på mental helse blant barn og unge har blitt særlig illustrert under Covid-19-pandemien, hvor oppmerksomheten har ligget på de forventede ringvirkningene isolasjon og hjemmehold fører med seg (Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, 2020). FHI har utført en kartlegging og resultatuthenting fra publiserte studier knyttet til covid-19-pandemien og den påfølgende samfunnsnedstengningens følger for barn og unge i ulike OECD-land, hvorav 11 av studiene er fra Norge og Danmark (Nøkleby mfl., 2021). Her fremstilles assosiasjonen mellom foreldres belastninger knyttet til pandemien, kaos i hjemmet og økte psykiske problemer hos barn. Både barn og voksne har opplevd økt angst og frykt som et resultat av de raske sosiale forandringene under nedstengningen. Spesielt har studiene vist at barn og unge opplever angstlidelser assosiert med frykt for covid-smitte i nære relasjoner, samt ensomhet. I tillegg har sosial isolasjon og andre belastninger fra nedstengningen ført til en signifikant økning i depresjonstilfeller for aldersgruppen 6-18 år. Det pekes her blant annet på økt bruk av sosiale medier og mindre fysisk kontakt med venner som en direkte konsekvens for økt depresjon. Samtidig har

utenlandske studier vist at for barn og unge er depresjon korrelert med opplevelse av rasisme i tilknytning til korona og diskriminering som følge av andres antagelse om at man er smittet. Også barn og unges opplevelse av å være en byrde og det opplevde sosiale ansvaret har ført til høyere grad av angst (Nøkleby mfl., 2021).

For mange barn oppleves det skremmende med manglende struktur og rutiner i hverdagen (Nøkleby mfl., 2021). Spesielt for barn og unge med vanskelige forhold til foreldre har nedstengningen vært krevende, og eksisterende utfordringer har blitt forsterket. Mange unge har derfor blitt ytterligere preget av nedstengningen, hvor sårbare og utsatte barn har fått det enda dårligere. Tilgangen på hjelp og behandling har vært begrenset under nedstengningen, og flere har opplevd avbrudd i tjenester. Studiene viser at unge og barn opplever mer krangling og konflikter i familien, og for barn som blir utsatt for mishandling og overgrep er det vanskelig å få hjelp på grunn av manglende innrapportering.

Det har imidlertid vært positive følger av nedstengningen ved at barn har fått bedre kontakt med familie og økt sosial støtte fra venner (Nøkleby mfl., 2021). For enkelte grupper har det også vært en fordel å slippe unna skolen. Dette skyldes forhold som mobbing og konsentrasjonsvansker, og barn som generelt opplever skolen som vanskelig. For andre har det vært positivt å kunne få ro og konsentrasjon rundt skolearbeidet hjemmefra, og dermed ha mer tid til å gjøre hyggelige ting. Nedstengningen har også gjort det mer sosialt akseptabelt å være alene, som for noen har vært en lettelse på presset om å stadig være sosial.

4.3 Behandling av psykisk sykdom - et historisk perspektiv

Behandlingen av psykisk syke mennesker gjennom historien skildrer dårlig behandling og ekskludering (Kringlen, 2007). I middelalderen ble “de gale” tatt vare på av sin egen familie, hvor de ble sett på som en samfunnskade og ofte behandlet verre enn dyr. Familiene hadde ofte de sinnsyke i kjellerrom eller skur og bandt dem fast. De syke som ble ansett som farlige ble i byene sperret inne i bur, mens mange kom i fengsel og ble lagt i lenker. I senmiddelalderen fantes enkelte asylter for de sinnsyke, med formål å gjemme unna de gale, og ikke behandle dem. Under hekseprosessene ble mange sinnsyke også ansett for å være besatt av djevelen, og dermed utsatt for tortur og henrettelser. I folkemedisinen var

den gale offer for onde makter, og galskap var tegn på Guds straff. Det var derfor som regel prestene som hadde ansvar for behandlingen av de sinnsyke.

Først mot slutten av 1700-tallet kunne man se tegn til den moderne psykiatrien, og ideen om galskap som sykdom ble stadig mer etablert (Kringlen, 2007, s.33). Flere asyls ble overtatt av medisinerne, og de innsatte ble tilbudt en “vitenskapelig” behandling. Det ble under denne tiden slutt på presters religiøse forklaring på galskap, og det ble søkt til leger for hjelp. De sinnsyke ble imidlertid fremdeles stuet bort sammen med andre uønskede i samfunnet, som spedalske og prostituerte.

Opplysningstiden og den franske revolusjonen endret synet på de sinnsyke betraktelig (Kringlen, 2007, s. 37). De gale ble nå ansett som syke menneske, og det ble innført mer humanitære forhold. Samtidig oppsto forventinger om å gjøre pasientene friske, ikke kun å oppbevare dem (Skålevåg, 2019). På denne måten var det knyttet en optimisme til behandlingen, hvor de syke skulle rehabiliteres og behandles nærmest som en gjest (Kringlen, 2007, s.43). Tvangsmidler skulle avskaffes og pasientene skulle selv få valget om å være på institusjonene. Det var imidlertid fremdeles i hovedsak det private hjem som tok seg av syke familiemedlemmer, og privatpersoner ble betalt for å ta seg av de mentalt syke (Skålevåg, 2019).

Utover 1900-tallet ble psykoanalysen formet, som fikk stor betydning for behandlingen av psykisk syke mennesker (Skålevåg, 2019). Da ble psykiatrien mer opptatt av å forklare sykdomstilfeller, fremfor å klassifisere dem. Samtidig ble det prioritert å forebygge psykisk sykdom. Mellomkrigstida avspeiler imidlertid eksperimentering med sjokkbehandling innen psykiatrien, som hadde dårlig støtte i psykiatrisk forskning (Skålevåg, 2019). Også lobotomi kan sies å ha lite forskningsmessig forankring, og var utbredt på midten av 1900-tallet. Fra slutten av 1970-tallet ble derimot psykiatrien mer opptatt av vitenskapelig metodikk og etterprøving av teorier (Kringlen, 2007, s. 371). Det oppsto med dette en økt interesse for diagnostikk, klassifisering og biologiske forklaringsmodeller.

Begrepet “barnepsykiatri” ble for første gang benyttet i Tyskland i 1930 (Sommerchild og Moe, 2005, s.19). Datidens psykiatri beveget seg bort fra det fullstendig sykdomsbaserte systemet, over til en forståelse av hele individet. Dermed ble barnets adferd sett i sammenheng med psykososiale og biologiske forhold, og psykiatri og pediatri ble

ansett som gjensidig avhengige parter, og måtte i større grad forenes. Fagområdet barnepsykiatri i Norge oppsto under etterkrigstiden (Sommerschild og Moe, 2005, s.75). Tiden var preget av optimisme, og barnepsykiatrien skulle være en del av den nye velferdspolitikken, med mål om sosial trygghet og et kollektivt tilgjengelig helsetilbud. Ordninger som en ny barnevernslov og psykisk helsevern for barn og unge var viktige milepæler for de yngste i samfunnet. Det er tre forhold som regnes som avgjørende for at barnepsykiatrien fikk en solid grobunn i Norge: 1) Atmosfæren i etterkrigstiden bar preg av optimisme og en fellesskapsfølelse, 2) Psykiatrisk behandling av barn og unge var lite utforsket og ga frihet til nytenkning, og 3) En ny gruppe fagfolk med gjennomslagskraft hadde vokst frem. Gjennom denne kombinasjonen oppsto et kriterium om å legge barnets beste til grunn i alt arbeid.

Følgelig har psykiatriens pasienter fått et betraktelig bedre liv over de siste 150 årene. Tidligere års “behandling” illustrerer psykisk sykes vansker med å faktisk bli oppfattet som syke, hvor de i mange år ble håndtert som kriminelle og utstøtte. Fokuset på humanitære og vitenskapelige tilnærminger til psykisk syke har dermed vært avgjørende for utviklingen av den moderne psykiatrien. I tillegg blir psykiske lidelser stadig mindre tabubelagt, og pasienter er ikke stigmatiserte på samme nivå som tidligere (Kringlen, 2007, s. 467).

4.4 Rettigheter for barn i psykisk helsevern

I psykiatrien har alle pasienter rett på å få utarbeidet en egen behandlingsplan (Grøholt mfl., 2019, s. 390). I tillegg sikrer pasientrettighetsloven pasienters krav til medvirkning, samt rett på informasjon om sykdom og behandling. Helsedirektoratet har utarbeidet egne brosjyrer med informasjon til barn og unge om rettigheter i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018). Brosjyren beskriver fem rettigheter:

1. **Rett til å få helsehjelp:** Pasienter med livstruende tilstander har krav på øyeblikk hjelp fra helsetjenesten. I tillegg skal alle henvisninger til psykisk helsevern vurderes innen ti virkedager, og fristen for oppstart av behandling er 65 virkedager.
2. **Hvem bestemmer om du skal ta imot tilbudet om behandlingen?:** For barn under 16 år er det foreldre eller omsorgspersoner som gir samtykke til behandling.

3. **Rett til informasjon om behandlingen og til å se journalen din:** Barnet har rett til å få nødvendig informasjon for å kunne forstå egen helsetilstand og forhold rundt behandlingen. I tillegg er det krav om å kunne gi barnet en enkel forklaring av faguttrykk og vanskelige ord i egen journal.
4. **Andre pasientrettigheter:** Pasienter under 18 år har rett på å alltid ha med foreldre under innleggelse, med mindre det er særlige forhold som ved mishandlingssaker. Barn har også rett på undervisning og fritidsaktiviteter under opphold på helseinstitusjoner. I tillegg er det et krav til helsetjenesten om å utarbeide en individuell plan med beskrivelser av mål, ressurser og behov, ved tilfeller hvor barnet trenger langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder i tilfeller hvor flere instanser er involvert, som BUP, NAV og Barnevernet.
5. **Klage på brudd på pasientrettigheter:** Om barnet opplever at det ikke får oppfylt rettighetene sine, har de rett til å klage til Kontrollkommisjonen og/eller Fylkesmannen.

For å sikre pasienters rettigheter er det på ethvert psykiatriske sykehus opprett kontrollkommisjoner (Grøholt mfl., 2019, s.392). Kontrollkommisjonens ansvarsområder er dermed å kontrollere overholdelsen av pasienters rettigheter, og behandle eventuelle klager. Derfor er kommisjonen viktig når det kommer til bruk av tvungen psykisk helsevern, men også for pasienter som opplever at de ikke har fått hensiktsmessig behandling, oppfølging eller innføring i egne omstendigheter.

De presenterte rettighetene, samt det faglige bakteppet, har lagt grunnlaget for innsikt i de empiriske funnene og analysen. Særlig pasientrettighetsloven vil bli adressert videre i studien, og da med fokus på hvorvidt de blir møtt i barne- og ungdomspsykiatrien. Under neste kapittel vil i første omgang Barnepostens tilnærming til pasientsentrering bli kartlagt, hvor barn i pasientrollens rettigheter er grunnleggende.

5 Analyse og resultater: Behandlerperspektiv

Følgende kapittel tar for seg analyseringen av funn som kom frem under dybdeintervjuene. Dermed er det perspektivene til behandlere og miljøterapeuter som vil bli gjennomgått. Det var hensiktsmessig å dele opp de ulike perspektivene da denne delen av analysen er spesielt rettet mot Barneposten, mens neste del inkluderer Ungdomsrådets holdninger, og dermed behandling og utredning ved Haukeland Universitetssykehus generelt. Kapittelet vil først forklare Barneposten som seksjon, samt presentere de ulike fasene som utspiller seg gjennom et forløp. Videre vil Barnepostens hensyn til pasientinvolvering bli omtalt, hvor de tre hovedaspektene *informasjonsformidling*, *medbestemmelse* og *påvirkningsmulighet*, og *eierskap til egen helsetilstand* vil bli presentert. Påfølgende vil jeg gjennomgå det digitale perspektivet på Barneposten, hvor synet på barns digitale vaner og dagens digitale helsekomponent forklares. Til slutt vil den enkelte behandlers erfaring med ulike virkemidler i kommunikasjon med pasienter adresseres, etterfølgende av en kort oppsummering av denne delen av analysen.

5.1 Barneposten og forløp

Barneposten er en seksjon under *Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge (PBU)*. Det er totalt 26 ansatte med bakgrunn som leger, psykologer, vernepleiere, sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, førskolelærere, sosialkonsulenter, musikkterapeuter og fysioterapeuter. Posten er rettet mot barn i alderen 0 til 13 år, og har plass til seks barn med én forelder om gangen. I hovedsak er barna innlagt i fem uker, mandag til fredag, men med tilpasning basert på problemstilling. Behov og problemer blant barna varierer, men alle har til felles at de opplever strevsomhet i livet. De fleste barn som er innlagt på Barneposten har vært i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, men har behov for ytterligere hjelp for å kunne håndtere hverdagen. Under presenteres de ulike fasene i et barns kontakt med Barneposten:

5.1.1 Henvisning fra poliklinikk

Barn som oppleverer krevende forhold i livet vil i de fleste tilfeller ha sitt første møte med barne- og ungdomspsykiatrien gjennom poliklinikker. En poliklinikk er en seksjon av klinikken som behandler og utreder pasienter uten at de legges inn. Følgelig vil behandlingen til pasienter på dette stadiet foregå i form av enkeltavtaler, og dermed uten at det innebærer store endringer i deres hverdag. Det vil imidlertid være særlig utfordrende forhold som poliklinikker ikke mestrer å adressere, og som krever observasjon og tilstedeværelse utover timeavtaler. Dette handler i hovedsak om familiedynamikk, medisintprøving og funksjonsnivå i hverdagen. I tilfeller hvor det er behov for ekstra oppmerksomhet rundt et barn og dets foreldre vil det derfor være nødvendig med et sengeopphold over en lengre periode. Det er i disse situasjonene Barneposten blir involvert. Når behandlere på poliklinikker under Helse Bergens klinikk for *Psykisk helsevern for barn og unge* opplever at det er behov for ytterligere utredning blir det dermed sendt en henvisning til Barneposten. Henvisningen inkluderer en bestilling av hva som må adresseres under et eventuelt opphold og grunnlaget for henvisningen (Helse Bergen, u.å.-a).

5.1.2 Forvern

Når et barn har fått innvilget opphold på Barneposten blir det arrangert et *forverns møte* (Helse Bergen, u.å.-d). På møtet deltar foreldre, behandlere og representanter fra ulike aktuelle deler av hjelpeapparatet. Møtet har som hensikt å skape enighet om rammene rundt oppholdet med de ulike partene. Her klargjøres målsetningen og plan for innleggelsen, samt hva som skal foregå frem til oppholdet.

På forverns møtet blir det planlagt et besøk på Barneposten for barnet og foreldrene før innleggelsen. Besøket innebærer at familien får en omvisning på posten og andre fasiliteter, samt møte de ansatte. Hensikten er at barnet skal få anledning til å bli kjent med rammene og danne et inntrykk av hvordan dette vil påvirke hverdagen deres under perioden. Det er særlig ønskelig at barnet skal få svar på ting det lurer på, og få avklart usikre momenter før innleggelsen.

5.1.3 Opphold

Under oppholdet får barnet sammen med én forelder tildelt et rom som er deres under hele oppholdet. Alle barna går på Sykehuskolen på dagtid, sammen med pasienter fra andre avdelinger på sykehuset. På ettermiddagen har barnet tilpassede behandlinger, enten med eller uten foreldre. I tillegg til å adressere barnets problemområder vil det være vel så viktig å bistå foreldre med ulike utfordringer, og dermed gi familien som helhet en verktøykasse for å kunne håndtere hverdagen etter endt opphold. Til tross for at hvert enkelttilfelle har tilpasset behandling, er det noen felleselementer i behandlingen. Dette inkluderer tydelig struktur i hverdagen, emosjonell trening, mestringsfølelse gjennom positive aktiviteter, sosial trening gjennom aktiviteter med andre barn og voksne, og trening i dagligdagse ferdigheter. Ofte er også medikamentendringer- og utprøvinger en del av oppholdet.

5.2 Pasientinvolvering

Dette delkapittelet tar for seg behandlere og miljøterapeuters syn på pasientinvolvering under behandlingsforløpet til Barneposten. Med *pasientinvolvering* menes inkludering av pasientene i utforming og gjennomføring av en leveranse. Det er identifisert tre forhold som avgjør evne til å involvere pasienter: *Informasjonsformidling, medbestemmelse og påvirkningsmulighet, og eierskap til egen helsetilstand*. Følgelig vil de tre kategoriene gjennomgås med hensyn til forløpet på Barneposten. Det vil gjennom denne delen også bli lagt vekt på vurdering av pasientrettighetene, gjennomgått i kapittel 4.4.

5.2.1 Informasjonsformidling

Det er viktig å sikre god tilgang til informasjon og sørge for at pasienter blir utdannet i egen tilstand og prosess (Liedtke mfl., 2017). Også pasientrettighetsloven setter krav vedrørende tilgang til informasjon for pasienter, og legger vekt på at dette er avgjørende for å oppnå forståelse for egen helsetilstand.

Informasjonsformidling innebærer deling av materiale og budskap til pasienter, som skal forklare forhold omhandlende deres egen helsetilstand og behandlingsforløp. I denne

sammenhengen vil dette også innebære praktisk informasjon om Barneposten og andre relevante instanser. Informasjonen som skal formidles kan dermed være svært sensitiv og krevende, men også hverdagslig. Respondent 6 forklarer hvordan informasjonsformidling har vært en stadig prioritet, men at den fremdeles ikke er tilstrekkelig:

*Dette er et område vi har arbeidet mye med å forbedre, men hvor vi enda opplever at det bør gjøres mer. Spørsmålet blir da hvordan vi **virkelig** kan gi informasjon på en måte som [barna] føler er meningsfylt, og få tak i de vanskelige tingene som de lurer på før de blir lagt inn (Respondent 6)*

Det er viktig for barnets del å føle seg informert og inneha tilstrekkelig kunnskap om hvordan behandlingsprosessen vil utspille seg. Konsekvensene av dårlig informerte pasienter er at de blir stresset og opplever angst knyttet til det å ikke føle kontroll over eget liv. Dette fører igjen til at oppholdet blir generelt vanskeligere, illustrert av følgende sitat:

Jeg tror nok at de barna er mer utrygge og redde for hva som egentlig skjer. Hvor garden er nok høyere oppe hos dem, enn de som forstår litt mer av intensjonen bak (Respondent 1).

Barnets første møte med Barneposten er som nevnt gjennom poliklinikk. Respondentene forklarer hvordan det er observert en variasjon i hvorvidt barnet blir informert om hensikten med en innleggelse. Enkelte bestillere fra poliklinikken er gode på å informere og forberede barna og dets foreldre. Andre igjen kan unnlate å forklare intensjonen, hvor også foreldre kan være dårlig informert om henvisningen. Disse forholdene vil imidlertid ikke bli avdekket før på et senere stadium, hvor det allerede har blitt allokert ressurser på planlegging av opphold. Dette kan føre til at andre pasienter er blitt nedprioritert, samtidig som at barnet og foreldrene ikke ønsker en innleggelse, som igjen fører til avbrudd. Det er problematisk at barnet fra start av kan oppleve mangel på innsikt, og det forklares her hvordan dette kan føre til utfordringer i den resterende delen av løpet:

Det jeg tenker at vi egentlig har enda mer å hente på er hva poliklinikken snakker med barnet om, for man kan jo egentlig begynne før det, hvilken forståelse har barna av at de er i BUP for eksempel. For om den forståelsen er sviktende, så blir det neste

tiltaket, som er Barneposten, kanskje enda mer vanskelig å forstå. Så jeg tenker det kan bli en følgefeil i barnet (Respondent 1).

Respondent 1 forklarer videre hvordan barnet ved enkelte anledninger har blitt inkludert på forvernsrådet, men at dette på ingen måte er vanlig praksis. Det blir følgelig foreldres ansvar å viderformidle informasjon til barnet. Dermed er det vanskelig å kvalitetssikre at informasjonen blir lagt frem på en forståelig og korrekt måte. Samtidig blir det beskrevet hvordan foreldre har ulike forutsetninger for å kunne forklare hva som faktisk skal skje:

Foreldre har kanskje moderate evner til å forklare barna hva det er, og hvordan det skal være her. Av og til så er også foreldrene i kaos, og det er vanskelig også for dem å skjønne det. De vet heller ikke helt hva det går i, og har heller aldri vært på Barneposten (Respondent 6).

Videre blir store deler av informasjonen som er nødvendig for pasientene å tilegne seg kommunisert gjennom skriftlige ressurser. På denne måten blir det omsorgspersoners ansvar å formidle innholdet til barnet. Resterende informasjon blir i all hovedsak formidlet muntlig enten direkte til barnet, eller gjennom omsorgspersoner. Ved denne tilnærmingen blir det ofte brukt et avansert språk, som er lite relaterbart for barna. Det er ulike praksiser for hvordan hver enkelt behandler og miljøterapeut velger å formidle informasjon til barna. Derimot er det utarbeidet et informasjonsskriv som alle barn blir tildelt før innleggelsen.

Informasjonsskrivet (Helse Bergen, u.å.-c, se Vedlegg 5) er utformet med et barnevennlig språk og innhold. Det tar for seg tematikk som det har blitt registrert at pasientene ofte lurer på og er usikre på. Under utarbeidingen av skrivet fikk foreldre og barn som var på Barneposten på det tidspunktet komme med tilbakemeldinger og synspunkter om innholdet. Skrivet er i underkant av fire A4-sider langt, og er i formatet "svart-på-hvitt". Videre er det delt inn i kategorier, med tilhørende overskrift. Kategoriene og innholdet i grove trekk er:

- **Hva er Barneposten?**
Generelt om Barneposten
- **Hvorfor kommer barn til Barneposten?**

Presentasjon av ulike problematikk som barn på kommer på Barneposten strever med, og veien fra poliklinikk til Barneposten

– **Hvordan ser det ut?**

Fasiliteter på Barneposten

– **Hvem jobber på Barneposten og hva gjør vi?**

Forklaring på ulike roller og oppgaver til ansatte på Barneposten

– **Hva gjør man når man er på Barneposten?**

Hvordan oppholdet er strukturert

– **Hvordan er dagen på Barneposten**

Presentasjon av tidsplan og aktiviteter

– **Sykehuskolen**

Hva Sykehuskolen er og hvordan den er lagt opp

– **Hvilke regler gjelder på Barneposten**

Foreldres rolle og generelle regler på Barneposten. Også presentasjon av situasjoner som kan oppstå i forhold til utagering.

Informasjonsskrivet dekker derfor godt den praktiske delen av oppholdet og gir svar på mange omstendigheter knyttet til innleggelsen. For mange barn vil det være særlig viktig å få presentert tilfeller de kan kjenne seg igjen i, og dermed få innsikt i hvorfor barn faktisk legges inn på Barneposten. Det er en kjent problematikk at mange av barna tror at de skal på sykehus for å gå gjennom en operasjon, og har en oppfatning om at et sykehus kun er til for å behandle kirurgiske pasienter. Følgelig gruer de seg både før og under oppholdet, og venter på at noen skal operere dem. Derfor er det viktig å tidlig avklare disse misoppfatningene, og forberede barna på hva som faktisk skal foregå.

Informasjonsskrivet er derfor en grunnleggende del av dannelsen av barnets tilnærming til innleggelsen. Det er imidlertid ikke personlig tilpasset hvert enkelt barn, og er generisk utformet. Dermed har det kritiske mangler i forhold til pasienters ønske om skreddesydde og personlige tilnærminger (Hollis mfl., 2017). I tillegg kan det argumenteres for at skrevet er mer ment som et virkemiddel for foreldrene under samtale med barnet rundt innleggelsen. For mange barn vil det ikke være noe de kan lese selv, spesielt med tanke på at det kun inneholder skriftlig informasjon. Respondent 1 beskriver hvordan skrevet dekker viktige deler av praktiske forhold av Barneposten, men at informasjon tilknyttet barnets

personlige prosess og tilstand ofte blir utelatt:

Jeg tenker fortsatt at barn kanskje ikke blir godt nok informert, at det er mye holdningsarbeid som på mange måter gjenstår i de tjenestene der det er foreldrene som er bestillere, eller tar barnet sitt med til et eller annet kontor. Det er veldig lett at vi snakker i et voksent språk, og overlater mye av informasjonsformidlingen til foreldrene og tenker at de skal ivareta det. [...] [Det er] et område som har stort forbedringspotensiale. Der er nok noen forestillinger i samfunnet vårt om at barn skal på en måte skånes, og at man dermed ønsker å pakke det litt inn, at informasjon på en måte skader barna. Og det er min erfaring at det er heller motsatt, i hvert fall om det som angår dem selv. [...] det er en idé om at barn ikke forstår. Men jeg tenker at de forstår mye mer enn vi tror, og lurere på mange flere ting enn vi tror (Respondent 1).

Besøket på posten før innleggelsen forsøker å møte barnet gjennom en mer personlig tilnærming gjennom å la det bli kjent med Barneposten gjennom å faktisk få oppleve det. Det blir imidlertid beskrevet av respondentene hvordan mange av barna er så usikre og utrygge på situasjonen, at det er sjelden de kommer med forespørsler eller spørsmål. En utfordring er at behandlere og miljøterapeuter enda ikke kjenner barnet og er usikre på hvordan de ønsker å bli tilnærmet. Dette fører til usikkerhet rundt effekten av besøket, som forklares av Respondent 6:

Noen gjemmer seg bak moren og synes bare alt er nifst. Da er det vanskelig for oss å tolke om det er fordi de er veldig lei seg og absolutt ikke har lyst til å være her, eller fordi at de er sjenerte og trenger å bli litt trygge på oss (Respondent 6)

Dette illustrerer det faktum at det er krevende å avgjøre om barnet faktisk får svar på ting de lurere på og hvordan de opplever besøket.

5.2.2 Medbestemmelse og påvirkningsmulighet

En sentral del av den pasientsentrert omsorgsmodellen er pasientenes mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp (Ford mfl., 2017). Det er særlig krevende å diskutere barn i pasientrollens mulighet for innvirkning, da de lovlig sett ikke er myndige, og foreldre

og omsorgspersoner er de som i utgangspunktet tar valg på barnas vegne. Innleggelsen blir dermed ikke regnet som tvang uavhengig av barnets holdning, så fremt foreldre har gitt samtykke. Dette beskrives også av pasientrettighetene, hvor det skal særlig komplekse forhold til før et barn under 16 år får avgjøre tilbudet (Helsedirektoratet, 2018).

Dagens praksis ekskluderer barnets stemme fra den initielle delen av forløpet ved å utelate det fra forvernsrådet (Helse Bergen, u.å.-d). Barnets synspunkter blir i høy grad representert av foreldrene, som jo er dets formynder og dermed egnet til dette. Allikevel blir barnet gjort til noe man samtaler *rundt* og ikke *med*. Respondentene forklarer samtidig hvordan BUP og foreldre kan ha en klar tanke om hvor problemet ligger, uten at dette stemmer overens med barnets egen oppfatning. På den måten blir det opp til behandlere og foreldre å definere problemstilling og behov, uten at barnets egne perspektiver blir adressert. Respondent 1 uttrykker at dette fører til en manglende inkludering av pasienten, samt deres mulighet til å kunne påvirke egen leveranse:

Der har vi et forbedringspotensiale - å gjøre barnet til hovedperson tidlig (Respondent 1)

De siste årene har imidlertid sett et skifte i det å la barnets eget synspunkt få innflytelse. Dette oppsto etter at Kontrollkommisjonen problematiserte bruk av tvang for barn under psykisk helsevern. På grunn av betydningen dette fikk for Barnepostens prosedyrer har det vært spesielt interessant å nærmere analysere forholdene rundt dette.

Bruk av tvang

Kontrollkommisjonen har vært en viktig aktør i skape en bevissthet rundt informering og inkludering av barnet, og ført det i fokus tidlig i løpet. Tidligere år har ikke kommisjonen interessert seg for barn under 13 år, og aller helst vært gjeldende for dem over 16. For et par år siden ble imidlertid også de yngste pasientene en prioritet, hvor det oppsto krav om å spørre pasienter om de var enige i innleggelsen, og melde i fra til kommisjonen om de som ikke var det.

Kravet har imidlertid vært komplekst da mange barn ikke forstår sin egen situasjon. Enkelte ganger er barna så dårlig informert på forhånd at det er avgjort at de ikke vet hva de går til. Ofte er også grunnlaget for at de ikke vil innlegges ikke mer problematisk

enn at de foretrekker å være hjemme. Allikevel står barns rett til selvbestemmelse sterkt, mye på grunn av tidligere feiltrinn innen psykisk helsevern for barn og unge:

Det er klart at det før i tiden var mye “overgrep” mot barns rettigheter og selvbestemmelse. Om foreldrene ville det og barna var umulige, så la vi dem inn og holdt dem på tvang - barn hadde veldig lite de skulle ha sagt (Respondent 6)

Det har derfor vært viktig å gå bort fra disse tradisjonene, og gi barnets integritet tilbake. I første omgang var Kontrollkomisjonens krav resolute, hvor konsekvensen for Barneposten ble at alle barn som ikke samtykket til innleggelsen ble avslått. Det å ikke gi “samtykke” betydde ikke nødvendigvis at det var et bevisst og begrunnet valg, men at barna ikke sa “ja”. Dette er dermed et godt eksempel på hvordan manglende kunnskap kan føre til uinformerte og mer eller mindre feilaktige valg blant pasienter (Ford mfl., 2017). Denne tilnærmingen viste seg derfor som lite hensiktsmessig for Barnepostens pasientgruppe, hvor Respondent 6 forklarer at barna stort sett er fornøyde når de først har forstått hensikten med oppholdet:

*Vi tenker at de må jo først vite hva de går til, før de kan si nei til det. Så om de forteller at de ikke vil være her, prøver vi i alle fall å forklare dem **hvorfor** de er her og hva som er grunnen til det. Om de fremdeles absolutt ikke vil være her skriver vi dem bare ut igjen, men de trenger tid på å bli trygge og forstå intensjonen (Respondent 6).*

Dagens modifikasjoner av Kontrollkomisjonens krav har dermed resultert i at poliklinikkens og foreldres meninger er utslagsgivende, uten at det settes i gang videre tiltak. For barn over 12 år er det imidlertid en automatikk i at pasienter som ikke ønsker å være innlagt får tildelt advokat og prøvd ut saken sin i Kontrollkomisjonen, hvor medhold fører til utskrivning. Til tross for at det for Barnepostens pasientgruppe ikke er avgjørende hvorvidt de ønsker innleggelse eller ikke, forklarer Respondent 1 at prosessen har gitt viktige følger:

Jeg tenker at det var med på å gi oss en bevissthet om hvor viktig det er at barna blir godt informert og godt hørt, og at vi dokumenterer det. [Nå har vi] det i fokus allerede fra det begynner å bli snakk om at [et barn] skal på Barneposten (Respondent 1).

Tall fra Barneposten viser at kun det faktum at barnet blir spurt om hva det synes om innleggelsen *før* innleggelsen har vist en dramatisk nedgang i bruk av tvang (Helse Bergen, u.å.-a). Det er i dag et krav fra Barneposten at barnets stemme skal inn i bestillingen fra henviser. Med “barnets stemme” menes ikke nødvendigvis at barnet skal prege bestillingen i stor grad, men at det skal få spørsmål om hva det tenker om å legges inn på Barneposten. Dette er en elementær del av vurderingen av henvisningen; henvisningen blir ikke vurdert om ikke barnets holdning til innleggelsen er inkludert. Holdningen vil i mange tilfeller være negativ ladet, og det er ikke gitt at dette påvirker vurderingen. Men det gir uansett en mulighet for barnet å uttale seg, noe som har vist seg å ha stor betydning.

Forventningsavklaring

Som følge av hensynene til barnets behov for medbestemmelse ble det på Barneposten identifisert en mangel på kartlegging av forventningene fra de ulike partene: barn, foreldre og henviser. De tre har ofte ikke samsvarende holdninger og forhåpninger. Det har derfor vært en utfordring å møte de ulike formodningene, og det har ofte vært poliklinikkens bestilling som har vært gjeldene. Som en konsekvens av dette har det gjerne langt ute i løpet blitt oppdaget at barnet har hatt helt andre forestillinger om hva som skulle skje under innleggelsen, og dermed ikke har fått innfridd sine ønsker. Derfor forklares det hvordan det har vært viktig å sikre innsikt i barnets perspektiv:

Det blir så dumt å tro at vi hjelper noen, når de selv ikke opplever det som hjelp. Det har derfor vært veldig viktig for oss å være klar over hva det er barna tenker at skal skje. Så det handler om å forme seg etter barna og forstå hva de er ute etter. At man ikke bare kjører eget løp, også var det ikke det de var ute etter. Vi kan tenke at vi har utrettet mye for dem, men det kan være helt bortkastet om ikke barna har samme forståelse (Respondent 6).

Som tidligere forklart er en typisk misoppfattelse hos barn at et opphold på et sykehus automatisk innebærer kirurgiske inngrep og undersøkelser. Særlig for barn under psykisk helsevern vil det være krevende å forstå intensjonen bak en innleggelse. Respondent 6 forklarer hvordan en klassisk problemstilling utspiller seg, hvor barnet venter på en operasjon:

“Når skal vi egentlig ta røntgen? Vi er jo på sykehus, skal vi ikke ta MR av hodet?”
Når vi da forklarer at dette er en helt annen avdeling forstår de ikke hvorfor de er her og hva hensikten er. Vi kan da ha arbeidet i flere uker med å observere og samtale med dem (Respondent 6).

Også foreldrene kan ha uoppnåelige ønsker om hva som skal utrettes under oppholdet. På den måten må de ofte korrigeres, da det er vesentlig at de ikke venter på løsninger som ikke kommer. Med denne problematikken som bakgrunn ble det sett behov for en avklaring av forventninger og mål til de tre partene før behandlingen starter. Følgelig kan oppholdet utformes etter ønskene, samtidig som det kan settes realistiske fellesmål. Dermed ble det etablert en rutine for å sikre at alle involverte har en felles forståelse. Rutinen innebærer utfylling av et skjema hvor både barn, foreldre og henvisere må ta stilling til forventninger knyttet til oppholdet, omtalt som *Forventningsavklaringskjema* (Helse Bergen, u.å.-b, Vedlegg 6). Skjemaet består av tre bolker, én for hver part, og skal fylles ut både ved start og mot slutten av oppholdet. Bolkene inneholder deler som skal utfylles ved bruk av tekst, avmerkningsbokser og skalaer. Skalaene er illustrert både med fargenyanser (fra rød til grønn), og to smilefjes i ytterkantene (trist og glad), hvor det skal markeres av for hvor man befinner seg.

Ved starten av oppholdet blir barnet, med støtte fra miljøterapeuter eller foreldre, bedt om å ta stilling til tre påstander med påfølgende avmerkningsbokser: 1) “Jeg **forstår hvorfor** jeg er på Barneposten”, 2) “Jeg synes **det er greit** å være på Barneposten” og 3) “Jeg har **ingen** forventning/mål for innleggelsen”. Det er også lagt til rette for at det kan legges til kommentarer. Enkelte ganger blir det glemt å fylle ut skjemaet, eller at barnet ikke ønsker å svare på det. Men rutinen er i hovedsak obligatorisk, og det blir stort sett overholdt. Svarene gir gode indikasjoner på hvorvidt barnet har forstått hensikten med oppholdet, om det går overens med det som har blitt avklart på forvernsrådet og hva som er realistisk. Det kartlegger også oppklaringsbehov, og hvilke områder barnet trenger å bli mer informert og tryggere på (Helse Bergen, u.å.-d).

Samtidig vil svarene kunne være med å påvirke videre målsetning og utforming av behandlingen. Dette krever imidlertid at barnet kan formulere hva det ønsker. Om barnet ikke har mål eller forventninger er det i første omgang viktig at hovedmålene som ble etablert under forvernsrådet blir forklart. Måten barnet forholder seg til dette vil variere,

men det er særlig viktig at det ikke opplever at målene er noe det selv ikke ønsker. Da vil behandlingsforløpet kunne justeres, og formes mer etter hva barnet er villig til. I hovedsak er ønsket at dette skal være avklart før innleggelsen, men det er ikke alltid dette lar seg gjøre. Mot slutten av oppholdet skal barnet skåre hvorvidt innleggelsen innfridde forventningene, gjennom markering på skalaen. Resultatene journalføres hos den enkelte pasient, i tillegg til å bli kvantifisert og benyttet for intern kvalitetsforbedring. Det vil imidlertid kunne diskuteres i hvilken grad barna faktisk klarer å forholde seg til det å plassere seg på en skala:

Det er noe med den analogiteten, som er veldig bra for noen ting, men som er litt vanskelig akkurat når det kommer til dette, fordi det er så abstrakt. De kan si litt om følelser; om hvor glade eller ikke glade de er. Men grad av fornøydhhet er litt for abstrakt. Dermed markerer de stort sett på et av ytterpunktene. Når et barn er glad så er det 100 prosent glad, og når det er trist så er det 100 prosent trist - de er ganske binære i følelseslivet sitt (Respondent 6).

Dermed er det liten funksjon i skalaen, men helst i selve smilefjesene. Det er vanskelig for barna å se nyansert på ting og plassere seg i et system. Respondent 6 forklarer hvordan skalaen er erstattet med ulike ansiktsuttrykk i andre kontekstser, og hvordan det er enklere for barn å relatere seg til valgalternativer. I tillegg er smilefjes et element de er svært vant til å benytte i hverdagen for å uttrykke seg, mens en skala vil være mer fremmed.

Under opphold

Etter inntaket og klarering i forhold til forventninger vil behandlingsløpet i all hovedsak være fastsatt. Det er imidlertid strenge regler for hva som kan gjennomføres uten samtykke. Avhengig av barnets alder og funksjonsnivå vil det derfor kunne styre hvilke aktiviteter og avtaler det ønsker å delta på. Det kan på den måten i enkelte tilfeller være tilstrekkelig at barnet sier “nei” til en avtale, for at den ikke gjennomføres.

Barneposten legger vekt på at barna skal få ta del i utformingen av fritidsaktivitetene, basert på egne interesser og ønsker. På den måten har det høy påvirkningskraft på ikke-medisinske forhold. Når det kommer til selve behandlingen har det derimot begrensede muligheter:

Vi endrer ting som ikke fungerer, men bestillingen er lagt i utgangspunktet, og så jobber vi ut i fra det. Det er også begrenset hvor mye vi kan foreta endringer når vi kun har fem uker (Respondent 4).

Det er dermed både ønskelig og i stor grad oppnådd et ferdig utformet behandlingsforløp på et tidlig stadium av oppholdet. Overgangen fra den tradisjonelle omsorgsmodellen krever på sin side endring i de forhåndsdefinert og lineære leveransemetodene, hvor en kontinuerlig oppdatert og sirkulær metode vil lede mot en pasientsentrert modell (Abolade og Durosinmi, 2018).

5.2.3 Eierskap til egen helsetilstand

Styrking av den enkelte pasients eierskap til egen helsetilstand har blitt kjernen i de nye omsorgsmodellene (Liedtke mfl., 2017). Spesielt pasienter under psykisk helsevern kan oppleve det som belastende å være innlagt, samt forstå forholdene rundt. Dette handler i høy grad om at deres psyke hindrer dem i å oppnå full innsikt, men også fordi det er knyttet høy kompleksitet til behandlingen. For barn vil dette være enda vanskeligere å forholde seg til, og det er krevende å forstå omstendighetene rundt egen tilstand.

Det blir av respondentene forklart hvordan tidligere pasienter på senere tidspunkt i livet tar kontakt for å få forklart hva som faktisk var omstendighetene rundt deres tilstand; *Hvorfor de var innlagt, forklaring av diagnose, hvilke vurderinger som ble gjort av helsevesenet og hva det har betydd for deres tilstand videre i livet* er vanlige forhold som de trenger oppklaring rundt. Det er derfor viktig at barna blir gitt større kontroll over egen helse, og Respondent 1 beskriver følgene barnets oppnådde innsikt gir på dets videre liv:

Når man som voksen ser tilbake på barndommen så tenker jeg det har litt å si på fortellingen om sitt eget liv - "Jeg hadde dette strevet, mamma og pappa ville at jeg skulle få hjelp, så gikk vi dit, så prøvde de å hjelpe meg, det syntes jeg fungerte/ikke fungerte" at det blir mer en integrert del av historien deres. I motsetning til noe uforståelig og rart hvor man ikke har skjønt helt hvorfor man var der eller hva poenget var. Kanskje de kun har en følelse av at noe er feil med seg selv - "Jeg ble tatt med dit for å bli fikset". Jeg tror at det kan ha noe å si om fortellingen om en

selv og at man får eie det på en annen måte om man har fått lov å uttale seg og si noe om hva man trenger/ikke trenger, hva som hjelper/ikke hjelper (Respondent 1).

Muligheten for å oppnå innsikt og eierskap henger derfor tett sammen med både pasientopplysning og påvirkningsmuligheter. Her vil også omfanget av personifisert tilnærming være avgjørende for at behandlingen skal oppleves som noe som faktisk angår den enkelte (Palozzi mfl., 2017).

Epikrise

En vanlig problemstilling blant pasienter er at egne helsedata er formulert med et komplisert og faglig orientert språk. En *epikrise* er et sammendrag av journaldata og går gjennom behandling, resultater, diagnose og videre prioriteringer. Den er i første omgang rettet mot annet helsepersonell, men også viktig for å sikre en hensiktsmessig behandling. Rapporten er den eneste sammenfatningen av en pasients medisinske forhold som blir produsert på Barneposten. Dermed er dette det eneste materialet en pasient har til å kunne få innsyn senere i livet. Ofte opplever tidligere pasienter at de ikke kjenner seg igjen i innholdet, og det er sjelden at pasientens stemme faktisk er representert. Det er på denne måten mangel på en personlig utformet rapport, og det eksiterer ikke materiale som er spesielt rettet mot pasientene.

Behandlere går ofte gjennom epikrisen sammen med barna, og forklarer hva dette betyr for dem videre. Det er imidlertid krevende for barn å forstå hva dette faktisk innebærer, og hvordan de skal forholde seg til det som blir sagt. I tillegg er det rimelig å anta at dette ikke blir husket på i særlig lang tid, og dermed blir en ting som ikke integreres i egen historie. Det forklares av Respondent 1 hvordan en viss forståelse kan være avgjørende for barnet:

Jeg tenker selv om de ikke har klart å si noe selv, så om man har fått en forståelse, en presentasjon av det man er med på, som gir mening for barna, så vil det kanskje gjøre en stor forskjell. Selv om ikke barnet kanskje klarer å si mye selv, så er det noe med å forstå “Det er dette som skjer med meg nå” (Respondent 1).

Dagens prosedyrer illustrer imidlertid en begrenset prioritering av å sikre eierskap

blant pasienter. Dermed kan det påstås at Barneposten ikke mestrer å tilstrekkelig møte kravet fra pasientrettighetsloven om å gi barnet nødvendig informasjon og forklaringer på dets egen sykdom og hva dette innebærer.

5.3 Digitalisering

Under dette delkapittelet vil den forankrede digitale bruken gjennomgås. Det er kartlagt bruk av digitale hjelpemidler som individuell prosess hos enkelte behandlere, men de vil først bli adressert under neste delkapittel, hvor individuell bruk av virkemidler analyseres. Denne delen tar følgelig for seg den nåværende situasjonen knyttet til digitalisering. Det ble under intervjuene drøftet endringer og muligheter ved barns digitale vaner, og er ansett som relevant for dagens situasjon. Dermed vil det i første omgang bli gjort en gjennomgang av disse forholdene, før det blir tatt sikte på perspektiver til det inneværende digitale helsesystemet.

5.3.1 Barns digitale vaner

Samtlige av respondentene har observert en, ikke overraskende, stor endring i barns digitale vaner gjennom deres yrkesaktive liv. Dagens barn og unge har et svært intuitivt forhold til den digitale arena, og digitale løsninger er blitt en altomfattende del av hverdagen. Dette gir nye muligheter for barn å uttrykke seg på, i tillegg til å gi dem en arena for å møte og interagere med andre.

Som en del av støtteapparatet ser respondentene imidlertid også en del problematikk knyttet til barns digitale vaner. Dette handler i hovedsak om tre forhold: 1) Overgrep og andre traumatiske opplevelser har fått en ny måte å foregå og spre seg på, 2) Barn blir eksponert for materiale som ikke er heldig for dem, og er i større grad utsatt for kroppspress, og 3) Spilling fører til et høyt konfliktnivå mellom foreldre og barn. Disse utfordringene ble det drøftet ytterligere rundt, og de er alvorstungende og problematiske. De ble imidlertid ikke ansett som relevant i studiens sammenheng.

Tabell 7 gir en oversikt av de mest sentrale funnene knyttet til behandlere og miljøterapeuters opplevde muligheter med barns digitale bruk. Et spesielt interessant aspekt er barns nye kommunikasjonsmåter. Det beskrives av respondentene at dagens barn bruker betydelig

Tabell 7: *Muligheter ved barns digitale vaner*

Respondent	Muligheter ved barns digitale vaner og bruk
Respondent 2	Jeg ser språkutvikling i forhold til engelsk. For eksempel i mange barnehagespill snakker de engelsk, og det blir like naturlig for barna å høre på det
Respondent 1	Det er en god måte å bli kjent med barnet på. De ulike spillene og verktøyene de bruker kan gi grunnlag for samtale rundt hvem de er og hva de liker
Respondent 6	Barn og unge opplever mestring på den digitale arena. De får en ny mulighet til å uttrykke seg selv, og også til å knytte vennskap med personer de ellers ikke ville møtt. For mange foregår store deler av det sosiale livet i nettopp det digitale, og det er dermed en måte de er vant med å forholde seg til og kommunisere via
Respondent 2	Spesielt barn med utfordringer tror jeg det har vært trygt for på mange måter. Vi ser at en del får et større sosialt nettverk av å være på blant annet sosiale medier
Respondent 2	Det er masse nyttig som barn kan se på, lære av og bli engasjerte av. De kan til og med være fysisk aktive fordi de har danseapper og gjør øvelser

tid på å kommunisere med hverandre over digitale virkemidler, fremfor fysiske møter. Samtidig blir det antatt at barn i stor grad opplever nye former for mestring og uttrykksmåter. Disse aspektene kan derfor sammenfalle med Hollis mfl. (2017) om at barn og unge er en særlig egnet målgruppe for digitale helseinnovasjoner.

5.3.2 Digitale helsesystem

Helsevesenet har gått gjennom betydelige endringer hva journalføring og pasientdata angår. Tidligere var det begrenset med retningslinjer knyttet til registrering av data, og det var dermed lite struktur rundt dokumentering. Respondent 5 forklarer hvordan prosedyrene før den omfattende digitaliseringen var lite hensiktsmessige:

Når jeg begynte i jobb [...] var det ingen som skrev noe som helst på datamaskin, de skrev i bøkene sine - hvis man var heldig. Ble noen sykemeldt så var det ingen som visste hvor mange avtaler [de hadde], hva de hadde gjort eller hva som var planene

fremover (Respondent 5).

Derfor har IKTs rolle vært viktig for å innføre effektive og klare rutiner rundt journalføring. Også deling av pasientjournaler til andre institusjoner har blitt en enklere oppgave. Senere år har det i tillegg blitt sett endringer i pasienters tilgang til egen helsedata. Dagens nasjonale helseplattformer gir nye muligheter til både kommunikasjon mellom pasient og helseorganisasjonen, i tillegg til å gi pasientene innsyn i egne helseforhold. Nyttene dette gir har også vist seg gjennom Covid-19-pandemien, hvor testsvar har vært enkelt tilgjengelig.

Gjeldene digitale helsekomponenter på Barneposten er det digitale helsesystemet, kalt DIPS. Det er i Norge strenge krav til registrering og koding, for å kontrollere og organisere de ansattes arbeid. Dermed vedrøre dette også Barnepostens ansatte. Med “koding” menes det å klassifisere diagnosetrekk, og har som hensikt å samle kunnskap om tilstander og la klinikere benytte dette for å planlegge behandling og forutsi videre forløp (Grøholt mfl., 2019). Grøholt mfl. (2019) forklarer hvordan det i Norge blir brukt den multiaksiale klassifikasjonen “International Classification of Diseases” (ICD), som omfatter både psykiske og somatiske lidelser, og er basert på symptombeskrivelser. Dette innebærer at alle diagnoser i tillegg til navn, har et numerisk kodetall. For at helseforetakene skal få dekket kostnadene knyttet til hver enkelt pasient er det et krav om at resultatene blir kodet og rapportert etter hver avtale.

Til tross for at mange rutiner er blitt effektivisert som følge av innføringen av det digitale helsesystemet, er det samtidig knyttet mye frustrasjon til kravene som det fører med seg. Systemet beskrives som svært rigid utformet og tidkrevende av respondentene. Omfanget av dokumentasjon har følgelig blitt en innviklet og krevende prosess. Respondent 3 forklarer hvordan dette ikke nødvendigvis går overens med en pasientsentrering:

Det er nok de skiftene fra å være veldig emosjonelt tilstede i samtalen og jobbe terapeutisk og relasjonelt, også skulle rett inn og kode og registrere. Datasystemene passer ikke med virkeligheten på en måte, sånn at det er satt frister og ting skal ta så og så lang tid, men det er liksom helt urealistisk og blir en veldig stor stressfaktor. [...] det går jo på bekostning av tilstedeværelsen og forståelsen av barna. Så det vil på en måte ødelegge kvaliteten på det kliniske arbeidet.[...] Og det er jo klart at det

blir alltid en utfordring når noen utenfor det kliniske feltet skal utarbeide rutiner. Jeg kjenner på det at kartet stemmer ikke med terrenget helt (Respondent 3).

Effektiviseringskravene fører derfor til mindre tid med pasienten, og det forklares av respondentene hvordan de har ført fokuset enda mer over på kvantitative resultater. Det uttrykkes frustrasjon over situasjonen dette har ført behandlere i, særlig med tanke på trykket på den psykiatriske delen av helsevesenet:

De skulle bare visst hvor mye tid man bruker på DIPS, [...] jeg har aldri hatt det så travelt noen gang som når jeg begynte i BUP. Jeg tror det er ingen i BUP-systemet som klarer å gjøre jobben sin innen ordinær arbeidstid. Så folk sitter om kveldene og kommer inn og sitter i helgene for å skrive ferdig. Dette er sånn usynlig arbeid som ingen ser at man gjør. Alle disse som kommer nyansatt og ikke tørr å si noe - unge psykologer. Så går de på en smell og blir sykemeldt. Det er så mye man skal være flink i: kartlegging, utredning og behandling, som jeg tenker er det viktigste. Også har du dette [...] datasystemet i tillegg (Respondent 5).

Det er dermed en generell negativ holdning til de rådende digitale komponentene. I tillegg til å virke demotiverende, vil det i ytterste fall være destruktivt. Følgelig kan det virke mot sin hensikt, hvor digitaliseringen går over i lite hensiktsmessige rutiner. Dessuten beveger kravene til digital journalføring helsemodellen lengre bort fra pasientsentrering, da fokuset på enkeltindivider forsvinner i rasjonalisering og effektivisering (Rasche mfl., 2017).

5.4 Virkemidler og spillelementer i behandling

Respondentene illustrer stor variasjon i måten det blir søkt å interagere med pasienter på. Det er få unisont utbredte virkemidler, og behandlere står fritt til å benytte egne fremgangsmåter. For å kunne ta stilling til hvordan metoder og bruk av verktøy påvirker barnets opplevelse av helseleveransen er det kartlagt og kategorisert ulike virkemidler. Her var det hensiktsmessig å dele inn i hovedkategoriene *språklige*, *ikke-digitale visuelle*, *terapeutiske spill* og *digitale virkemidler*. Videre vil derfor hver kategori gjennomgås og analyseres.

5.4.1 Språklige virkemidler

Med *språklige virkemidler* menes språklig kommunikasjon som foregår gjennom muntlige eller skriftlige kanaler. Språklige virkemidler innebærer at det ikke benyttes annen metodikk eller tilnærming. Dermed vil det kunne betegnes som ren utveksling av ord hvor samtaleemnene blir adressert direkte, og uten “innpakning”, som bruk av bilder og metaforer. Det blir forsøkt å dele og innhente informasjon gjennom direkte tale med pasientene. Respondent 1 forklarer hvordan det er viktig å ha en dialog med barnet og tørre å sette ord på de tingene som er vanskelig, som foreldrene ofte ikke har maktet å formidle. Da vil det være sentralt å benytte et språk som barnet forstår, og forsøke å legge grunnlag for videre dialog. Mange av barna er imidlertid engstelige for hva hjelpeapparatet skal finne ut, og kan også ha dårlige forutsetninger for å sette ord på egen problematikk og hva de har behov for. Videre kan det være tilfeller hvor de ikke behersker å forklare krevende forhold og situasjoner:

Det er ikke alltid så lett for disse barna å svare på [ting]. Ofte er de blitt spurt veldig mye det samme av ulike deler av hjelpeapparatet- “Hvorfor slår du”, “Hvorfor gjør du sånn?”, “Hvorfor blir du så sint?” også har de egentlig ikke noe godt svar på det.
(Respondent 1)

Respondenten forklarer videre hvordan det enkelte ganger blir benyttet tekst for å nå ut til barnet. På den måten kan behandlere skrive personlige lapper til barnet, for å formidle hva som er intensjonen til behandleren. Enkelte barn ønsker ikke å forholde seg til fremmede, og det kan dermed søkes å nå inn til barnet på en mindre konfronterende måte gjennom tekst:

Jeg har barn som er så sinte når de ser meg at de vil ikke snakke med meg på fem uker [...] Noen ganger må man akseptere at jeg er en voksen som skal være i dette barnet sitt liv over lengre tid, man må trå litt varsomt [...] Men jeg prøver å være åpen og ærlig, og at de vet hva min agenda og rolle er (Respondent 1)

Respondent 2 beskriver en problemstilling hvor det også blir benyttet ord fra barnets side som kan være utfordrende å forstå. Ordforrådet til de ulike partene vil derfor kunne være krevende å forene, og det kan være dårlige forutsetninger for å skape en dialog. Dette

kan derfor innebære et behov for flere runder med gjensidig tolkning av ord for å komme frem til kjernen. Ordene barna bruker kan ved enkelte anledninger være vanskelig å forstå meningen bak, og det er dermed behov for flere gjennomganger for å sikre at det blir tolket på rett måte.

Det blir samtidig fort slitsomt for et barn å stadig føle på et forklaringsbehov, særlig i tilknytning til egen helsetilstand. Dialog og åpenhet er en viktig del av behandlingen, men det kan imidlertid være krevende å få til en samtale kun basert på det språklige og konfronterende. Det blir forklart av Respondent 3 at dette kan være en unaturlig situasjon for et barn å være i:

Det er veldig konstruert for et barn å sitte rett opp ned i en stol å snakke om seg selv. Det er veldig sjelden at det er sånn det fungerer (Respondent 3).

Disse indikasjonene demonstrerer utilstrekkeligheten til rene språklige virkemidler. Derfor vil det være vesentlig for behandlere å søke mot virkemidler som kan støtte opp under samtalene og skape en arena hvor barna føler seg trygge og mestrer.

5.4.2 Ikke-digitale visuelle virkemidler

Ikke-digitale visuelle virkemidler betegner virkemidler som krever benyttelse av synsansen, og som ikke blir presentert gjennom digitale enheter. Dette innebærer at det blir fokus på utseende på et element som kan bistå med å danne inntrykk. Et visuelt virkemiddel kan for eksempel være et bilde, figurer eller en tegning.

Modeller

Innen den psykologiske teorien er det flere modeller og hjelpemiddel som er fundamentalt forankret. Modeller er utviklet for å bistå behandlere i utredning og planlegging av videre behandling (Grøholt mfl., 2019, s. 327). Det vil være sentralt å ta utgangspunkt i barnets historie, som igjen vil gi oppklaring i årsaker for symptomutløsning og - opprettholdelse. Da mange barn har vansker med å fortelle om seg selv og egne følelser er det derfor utarbeidet visuelle verktøy for å kartlegge problematikk.

Det er identifisert flere modeller og verktøy som benyttes under behandling på Barneposten. De fleste er ganske enkelt utformet, men gir allikevel betydelig effekt. Under

følger en oppsummering av de benyttede modellene, samt en kort forklaring av utforming og bruk.

Livets tre er en enkel ramme for å fortelle barnet sin livshistorie. Foreldre, miljøterapeuter og barn arbeider sammen med å identifisere ulike forhold i livet, hvor hvert element på treet reflekterer ulike faser og mål.

Psykologisk førstehjelp er en tegning av en hånd, hvor hver finger representerer et aspekt av et problemområde. Hjelpemiddelet er men for å rydde opp i følelser og tanker. En sentral del er å skille mellom røde (destruktive) tanker og grønne (konstruktive) tanker.

Livets elv er et virkemiddel som blir benyttet for å identifisere kritiske punkt i et barns liv. Her benyttes lange tråder, hvor tråden representerer barnets livshistorie. Målet er å anslå hvor på tråden kritiske ting i livet har oppstått og markere dette med figurer. På denne måten kan barnet selv konkretisere hva som har vært definerende hendelser, og hva som er viktig å snakke om.

Mine sirkler er utformet som en skyteskive, med flere lag av sirkler i ulike farger. Verktøyet benyttes for å kunne identifisere hvem barnet opplever som sin innerste sirkel, og hvem som er mer perifere. Behandler og pasient diskuterer hvem som er i de ulike sirklene og hvor de burde være.

De ulike modellene fører til at barnas problematikk kan bli gjort mer konkret og enklere for dem å forholde seg til. Respondentene forklarer at mange barn opplever dette som veldig nyttig og mindre truende og konfronterende. Det er dermed en hensiktsmessig måte å legge grunnlag for dialog, samt gi behandlere materiale for videre arbeid.

Tegning

Respondent 3 beskriver hvordan det under behandling blir tegnet sammen med barnet. Dette kan være på to måter: Gjennom strukturering og modellering av konkrete forhold, eller ved å la barnet tegne fritt. Ved å la barnet tegne sammen med behandler kan det dannes et grunnlag for dialog:

[...] jeg legger alltid frem tegnesaker, og sier at de kan få tegne hvis de vil. Og da,

om vi snakker om ting som er vanskelig, så går ofte fargestiftene veldig voldsomt på papiret, og man kan bruke det til en inngang til en samtale - "Nå ser jeg at tegningen endrer karakter" eller, "Nå ble det mye mørke farger her" (Respondent 3).

Samtidig forklarer respondenten hvordan det å visualisere barnets tilstand er svært innbringende. Gjennom bruk av store blanke ark og fargestifter kan det dermed tegnes opp ulike instanser som er involvert i barnets prosess, og identifisere ulike forhold sammen med barnet. Respondent 3 forklarer en fremgangsmåte ved å tegne opp lokalene til for eksempel Barnevernstjenesten, Politiet og Spesialisthelsetjenesten, hvem barnet har vært i kontakt med på de ulike institusjonene og hvilken rolle de spiller i løpet. På den måten blir tegning benyttet til å oppklare og gi informasjon. I tillegg blir det benyttet tegning til å fortelle en løpende historie sammen med barnet. Respondent 3 beskriver en typisk fremgangsmåte for å oppklare krevende forhold knyttet til et barns tilstand:

Da kan vi late som om vi er detektiver. Jeg tegner opp et forstørrelsesglass: "Nå skal du og jeg finne ut hvordan og hvorfor ting er blitt sånn som det er, og da trenger vi hjelp av han og hun, og vi trenger hjelp fra en lærer også kan vi liksom finne ut av ting sammen" (Respondent 3).

Respondenten beskriver hvordan denne metoden blir en positiv opplevelse, også for barnet. Metodikken har tydelige trekk mot spillifisering og hvordan en vanskelig og kjedelig aktivitet blir gjort mer interessant, og skaper samtidig en god relasjon mellom behandler og pasient (Sardi mfl., 2017).

Videre forklarer Respondenten 1 hvordan det særlig ved bearbeiding av traumer har blitt laget en bok sammen med barnet, med deres egen historie. Det har da blitt brukt tegning, tekst og bilder som barnet har med hjemmefra, som satt sammen blir barnets fortelling om seg selv, og om de vonde opplevelsene og tankene:

Dette er stort sett veldig ok for barnet. Det er en sånn håndfast ting å holde på med, og [...] en ting som vi kan fokusere på sammen. Det demper litt på det emosjonelle trykket. At vi kan holde på med et felles prosjekt og kan ha fokus på det istedenfor å sitte der [og bare snakke]. Det har jeg hatt gode erfaringer med (Respondent 1).

Også denne tilnærmingen er nært relatert til spillifisering, særlig bruk av narrative og

fortellende handlinger (Seaborn og Fels, 2014). Aktivitetene blir på denne motiverende, og legger til rette for personifisering og bringer frem pasientenes egne perspektiver.

5.4.3 Terapeutiske spill

En annen tilnærming hvor det er tydelig påvirkning fra spillifisering, er gjennom terapeutiske brett- og kortspill. Dette er et klassisk eksempel på anvendelse av spillelementer i kontekster utenfor spillsammenheng (Sardi mfl., 2017). Gjennom spillifisering blir det mulig å innhente informasjon som ellers vil være vanskelig å få tak på. Spesielt spill er orientert mot en narrative handlinger, som innen psykiatrien omtales som narrative perspektiver på terapi (Selbekk, 2007). Et narrativt språkbruk med målrettet bruk av analogier og metaforer vil i ikke-terapeutiske sammenhenger bli betegnet som *retorikk*. Gjennom dette perspektivet søker behandlere å skape en historie som pasienten selv er med på å utforme og har hovedrollen i.

Det finnes mange forskjellige brett- og kortspill som er utviklet for å oppnå et narrativt perspektiv på behandling og utredning. De mest fremtredende som benyttes på Barneposten er definert under.

Hei-spillet er utformet som et klassisk brettspill med en tydelig start og slutt, ruter, terninger, spillebrikker og spørsmålskort. På hver rute er ulike følelse representert, og kortene inneholder spørsmål som krever refleksjon, som for eksempel “Kan du huske sist gang du ble overrasket?”. På denne måten legger spillet tilrette for samtaler rundt ulike tema, og kan bringe frem nye historier og perspektiv.

Fuelbox er utviklet for å legge til rette for samtale og refleksjon. Spillet består av kort med spørsmål knyttet til relasjoner, fritidsaktiviteter og interesser.

Sagokort beskrives som en kortstokk med bilder av ulike motiver på. Dette blir benyttet for å få barna og foreldre til å velge kort de identifiserer seg med, eller hva de ønsker å oppnå, og fasiliterer for videre samtaler.

De tre gode hjelperne betegnes som en verktøykasse for barn som har opplevd traumer og har behov for å forstå seg selv og sine reaksjoner. Verktøykassen inneholder tre figurer som representerer de ulike hjernefunksjonene sanse, tenke og føle.

Det er dermed nyttig for å la barne identifisere og forstå egne følelser.

Også rollespill blir benyttet ved å ta i bruk figurer. Figurene kan brukes til å representere viktige personer i barnets liv, forklare relasjoner og hvordan de påvirker barnets følelsesliv.

5.4.4 Digitale virkemidler: Internett, applikasjoner og dataspill

Til tross for at det er ingen innførte digitale verktøy som er rettet direkte mot pasienter, forklarer flere av respondentene hvordan de benytter internett og egne digitale enheter for å interagere med barna, og hvordan det har blitt en naturlig del av det å forme en relasjon:

[...] det er blitt et eget tema i behandlingen og i barns liv. Ved etablering av kontakt så viser barn meg veldig ofte [...] telefonen sin. De viser meg hvilke apper de har og hva de er opptatt av. Så det er en veldig sentral del av det å bli kjent med barnet, det er jo på en måte å bli kjent med telefonen [deres](Respondent 3).

Videre forklarer respondentene hvordan internett blir tatt i bruk i behandling og utredning, hvor det ikke er uvanlig at det sammen med pasienten blir “googlet” bilder av kart og områder som pasienten har en tilknytning til eller lurer på. Ofte vil pasientene ta initiativ til å vise frem videoer av ting som interesserer dem, eller hvilke spill og applikasjoner de bruker. Respondent 6 forteller hvordan en digital tilnærming er en god fremgangsmåte for å bli kjent med pasientene sine:

For å få vite litt mer om de enn det som står i journalen så har jeg brukt Youtube. Da har jeg vist videoer som jeg synes er kult, også er det ofte sånn at de hiver seg på også finner de egne videoer de vil vise. Og da får du sett interessene deres gjennom deres øyne (Respondent 6).

Dette handler i stor grad om å møte barna på deres arena og bry seg om denne delen av livet deres. Respondent 6 forklarer hvordan det dermed er en avgjørende del for at barnet skal være villig til å forklare hva som er vanskelig i livet, og hva som gjør at de opplever mestring og glede. Ved å gå inn i barnets egen verden vil det åpne seg nye muligheter for å skjønne sammenhenger bedre. Videre bemerker respondenten at det for

voksne mennesker vil være vanskelig å gå inn i arena som de selv ikke forstår, men som barnet mestrer fullt. Da handler det om å tørre å gå inn i en situasjon hvor man er den som ikke har full innsikt.

Også dataspill har blitt en svært viktig del av barns hverdage. Det kommer frem av funnene hvordan behandlere noen ganger spiller dataspill sammen med pasientene, og hvor viktig det har blitt som behandler å være orientert i spillverdenen. Ofte vil man kunne miste kommunikasjonsmuligheter om man som behandler ikke kjenner til det pasientene er opptatt av. Flere forklarer hvordan det å spille sammen med barna, eller få dem til å vise hva som er gøy med et spill, vil kunne være viktig i det å knytte bånd med barnet og legge til rette for videre kommunikasjon. Respondent 1 beskriver hvordan tilnærming til dataspill blir benyttet i samhandling med pasienter:

Da kan de liksom vise meg og fortelle meg. Så det er mer enn relasjonsbygging. Det jeg har gjort ganske mye er å sitte å se på når de spiller på sin egen PC. Eller om de liker å se andre spille på Youtube, så sitter vi og ser på det mens vi snakker om andre ting. Det synes jeg ofte det blir ganske gode samtaler av, for det er noe med at det blir mindre truende når en ser på noe sammen, noe barnet mestrer (Respondent 1).

Respondent 1 forteller videre hvordan spill også kan brukes til å uttrykke ting. Spillet Minecraft er svært populært blant barn, og en arena som gir mulighet for kreativ utfoldelse. Respondenten har opplevd at spillet også gir mulighet for å beskrive ting som er vanskelig å snakke om, og hvordan en pasient benyttet det til å speile følelsene sine:

*H*n bygde ting i Minecraft og ødela ting og sprengte det i luften: "Sånn føler jeg meg når pappa kommer og sier sånn, jeg får lyst til å bare sprengte det i luften". H*n var ikke så lett å snakke med, men klarte å fortelle ting gjennom det (Respondent 1).*

Å møte barna på den digitale arena er derfor en elementær del av det å sikre en personlig tilnærming. Beskrivelsene vitner også til at pasientene opplever å bli sett og behandlet etter egne interesser og behov, som er avgjørende i en pasientsentrert omsorgsmodell (Liedtke mfl., 2017). For å oppsummere bruk og effekt av de ulike demonstrerte

virkemidlene inneholder Tabell 8 uttalelser om opplevde muligheter og utfordringer.

Tabell 8: *Effekt ved ulike individuelle virkemidler*

Virkemiddel	Opplevd effekt
Språklige	Noen ganger så tror jeg det blir for mange ord - så det er en utfordring (Respondent 1)
	Det kommer an på funksjonsnivået deres, og hvor tilgjengelige de er for informasjon. Du må kanskje bruke mye og nye ord for å forklare dem, hva de mener og hva som skal skje (Respondent 4)
	Ikke alle barn klarer å forklare, noen klarer det på sin egen måte. De bruker gjerne ord som vi må tolke, og da må vi dobbelsjekke at vi forstår det riktig. Så må vi gjerne gå noen runder for å komme frem til kjernen (Respondent 2)
Ikke-digitale	De er så inni sin egen problematikk, og det er sånn når man er veldig følelsesorientert så er ikke hjernen noe særlig påkoblet. Så vi kan informere om ting, som barna sier at vi aldri har sagt før, så informasjonen må gjentas regelmessig (Respondent 5)
	Det handler om den visuelle støtten. Det er jo veldig abstrakt og uforståelig for dem, så det handler om å systematisere det litt og rydde. Ikke minst for foreldrene kan det være god hjelp. Jeg opplever da at barna i stor grad klarer å forstå hva som foregår (Respondent 3)
Spill	Det er noe med at det kan være grunnlag for samtale rundt hvem de er og hva de liker. Det er ikke sikkert de klarer å sette ord på det, men de kan vise det på en måte (Respondent 1)
	Med en gang det er formet som et spill, er det utrolig hvor mye informasjon du kan få ut av det . Så dette handler like mye om behandling, som å hente informasjon, og er todelt (Respondent 5)
Digitale	Dette opplever jeg at barna blir veldig engasjerte av. Det blir veldig på deres premisser. Jeg viser jo en interesse for de, som jeg tenker er helt grunnleggende for at vi skal kunne jobbe sammen (Respondent 3)
	Mange av de som er her de strever så pass mye at de trenger en digital tilnærming, fordi det er trygt og det er mestringsområdet deres (Respondent 1)
	Vi må jo være en delaktig del av den verdenen om vi skal kunne forstå. Da kan det åpne seg eventyrlige muligheter til å skjønne barnet bedre (Respondent 6)

Utsagnene bekrefter ytterligere problematikken ved å kun benytte språklige virkemidler i samhandling med barn. Mange barn vil i stor grad kunne beherske en språklig

kommunikasjon. Det trekkes også frem viktigheten av sette ord på ting som er særlig vanskelig, og tidligere ikke er blitt forklart for barnet. Samtidig er det illustrert en betydelig effekt ved å supplere det samtalebaserte med visuelle virkemidler og spill. Gjennom en fremgangsmåte som kombinerer de to vil interaksjonsprosessen bli mer attraktiv for barnet, og dermed i større grad sikre at det motiveres for behandlingen (Sardi mfl., 2017).

5.5 Oppsummering

Dette kapitlet har vist hvordan et forløp på Barneposten utspiller seg, hvor det har blitt presentert etter ulike faser. Disse fasene er *henvisning fra poliklinikk, forvern, og opphold*. Det har vært en viktig del av analysen å kartlegge evne til pasientinvolvering under de ulike fasene, og hvordan dette påvirker det enkelte barn. De generelle fremgangsmåtene og rutinene på Barneposten illustrerer en mangelfull leveranseprosess når det kommer til barns mulighet for å forstå og påvirke egen helsetilstand. Konsekvensen blir at pasienter på Barneposten har dårlige forutsetninger for å oppnå eierskap til egen tilstand og prosess. Dette henger tett sammen med den omfattende bruken av språklige virkemidler, og mangel på innførte visuelle og digitale verktøy unisont på posten. Den enkelte behandler beskriver god effekt på å supplere en språklig tilnærming med visuelle og spillfiserte elementer. Følgelig skapes en tryggere og mer relaterbar situasjon for barnet, særlig gjennom bruk av digitale virkemidler. For å kunne tilføye ytterligere perspektiver på pasientinvolvering vil neste kapittel ta for seg tematikken med pasienters holdninger til opplevd effekt og problemområder.

6 Analyse og resultater: Pasientperspektiv

Denne delen av analysen adresserer pasienters perspektiv på involvering i leveranse av egen helsetjeneste. Innsikten er gitt gjennom erfaringskonsulentene i Ungdomsrådet fra Helse Bergen. Som nevnt i kapittel 3 var det også fordelaktig å inkludere Respondent 7 i dette aspektet av analysen, grunnet dens særlige innsikt i barn og unges erfaring med pasientrollen. Kapittelet er strukturert etter de tre elementene under pasientinvolvering som ble kartlagt i forrige kapittel: *Informasjonsformidling, medbestemmelse og påvirkningsmulighet* og *eierskap til egen helsetilstand*. Videre vil også syn på digitale vaner og krav gjennomgås, før kapittelet avsluttes med en oppsummering.

6.1 Informasjonsformidling

Ungdomsrådet forklarer hvordan de har høyst ulike erfaringer med måten informasjon blir formidlet. En typisk problematikk er at språket ofte kan oppleves komplisert. Store brosjyrer med mye tekst og informasjon blir fort overveldende, og det kan være krevende å hente ut essensen. Barn og unge vil dermed ofte kun forholde seg til det absolutt nødvendige, som tidspunkt og sted for avtalen, og ignorere resten av informasjonen. På denne måten uteblir innsikt i egen prosess, og en bevissthet til intensjonen bak enkeltavtaler. Det kompliserte språket fører dermed til en umyndiggjøring av barn og unge i pasientrollen (Rasche mfl., 2017). Videre forklarer ungdommene hvordan en avgjørende del av tilfredsheten med en behandling er hvorvidt behandlere klarer å se dem som en person og ikke som en diagnose eller et sykdomstilfelle:

Det å se hele meg og min hverdag og snakke om andre ting enn bare “dette er utfordringen og dette skal vi fikse nå”. Men helst snakke om alt annet i livet og andre tema (Ungdomsrådet).

Respondent 7 forteller hvordan pasienter kan være opptatt av andre ting enn det som er fokuset til den enkelte lege. En lege kan være opphengt i det å løse ett enkelt klinisk problem, og dermed avskrive pasienter til sykdomstilfeller. Pasienten på sin side kan imidlertid ha behov for å adressere andre forhold, og ønsker å bli tilnærmet på en holistisk måte. Det er dermed en utfordring for helsepersonell å utføre oppgaver knyttet til

sykdom, samtidig som å ikke forsømme pasientene som enkeltpersoner og med tilpassede behov. Dette illustrerer dermed problematikken som kan oppstå i overgangen fra en ekspertsentrisk til en pasientsentrert omsorgsmodell, særlig med hensyn til klinikers stadig mer krevende arbeidshverdag (Liedtke mfl., 2017).

Et av de mest kritiske områdene som er identifisert av Ungdomsrådet er den manglende kommunikasjonen mellom ulike avdelinger innad i helseorganisasjoner. Følgelig må pasienter stadig forklare sin sykehistorie, og begynne “fra start” i møte med nytt helsepersonell. Det er dermed oppstått et ønske som er i tråd med den pasientsentrerte omsorgsmodellens datakarakteristikk, hvor data blir distribuert på tvers av organisasjonen (Abolade og Durosinmi, 2018). Ved å integrere dette prinsippet vil dermed pasienter slippe å fortelle samme historie til hver nye part i deres prosess.

Et aspekt er at det ikke særlig behagelig å gå gjennom en sykdomshistorie som ikke nødvendigvis er særlig oppmuntrende. På den andre siden kan det være vanskelig for barn og unge å faktisk forklare alle forhold rundt egen sykdom. Mange pasienter har medfødt sykdom, eller fått det konstantert i svært ung alder. Det er derfor krevende å ha god innsikt i hele sykdomshistorien og kunne forklare hva som foregikk når pasienten var yngre. Samtidig vil det ofte være knyttet en del kompleksitet til tidligere behandling, hvor pasienten har begrenset med kunnskap og dårlige forutsetninger for å kunne forklare. Det blir allikevel uttrykket en ansvarsfølelse blant barn og unge, og et krav om å ha full innsikt i kliniske forhold knyttet til egen helsetilstand og prosess.

6.1.1 Virkemidler og tilnærming

Ungdomsrådet forklarer hvordan det er bred variasjon i hvilken tilnærming til informasjonsformidling som blir benyttet av behandlere. Visuelle virkemidler blir imidlertid trukket frem som en nyttig måte å bli gitt informasjon på. Særlig det som er beskrevet som ikke-digitale visuelle elementer har rådet gode erfaringer med:

Jeg har vel møtt litt tegning opp gjennom årene for å prøve å forklare ting. De har tegnet prosessen, eller om det har vært [...] et eller annet de skal forklare innvendig i kroppen, så har de tegnet det og forklart hvordan ting henger sammen. Det har vært fint. Det kunne nok vært mer av det, men de gangene det har [vært brukt] har

vært veldig bra (Ungdomsrådet).

Visuelle virkemidler blir dermed trukket frem som en hensiktsmessig måte å gi barn og unge bedre innsikt. Det er svært ulikt hvordan hver enkelt tilegner seg informasjon og lærer å forstå, men det vil i ethvert tilfelle være viktig å gjøre ting konkret og tydelig. Der vil tegning og modeller være effektivt. Allikevel argumenteres det for at det mest kritiske er at helsepersonell klarer å skape et trygt miljø, hvor pasienten kan være ærlig:

Mange ungdommer er redd for å gjøre feil ovenfor legen sin. [Da må helsepersonell] hele tiden forsøke å skape en relasjon der det er ok å [innrømme] at man har slurvet med medisinen, i istedenfor det å føle at det hos legen er enda en plass man må prestere og være flink pike. [Det må skapes] trygge miljø der man tørr å si om det er noe som ikke er bra nok. Det trenger man ofte tid på. Det betyr at legen må se opp fra datamaskinen, de må snakke med pasienten: "Det er faktisk du som er viktig her". Den aller største delen av barn og ungdoms liv skjer utenfor sykehuset, dette er viktig å tenke på (Respondent 7)

Denne problematikken er dermed i tråd med bevisstheten rundt pasienten som enkeltperson, fremfor å bli behandlet som et tall i et system (Palozzi mfl., 2017).

6.2 Medbestemmelse og påvirkningsmulighet

Det beskrives få muligheter for å faktisk påvirke egen behandling blant Ungdomsrådet, utover en tradisjonell tilbakemelding etter at den er utført. Enkelte ganger blir pasienter ringt over telefon etter behandlingen og spurt om hvordan behandlingen ble opplevd. På denne måten er det ikke lagt opp til endringer underveis i pasientens egen leveranse, men heller på fremtidige. I følge Osborne mfl. (2016) fører involvering av pasienter i prosesser til en betydelig ressurs for helsevesenet. Et viktig aspekt av samproduksjon er å også påvirke hvordan tjenesten utføres i samfunnet. Det er imidlertid avgjørende at pasienter ikke blir sett på som passive mottakere av tjenester, og at det kun benyttes tilbakemeldingsmetoder etter endt behandling (Palozzi mfl., 2017). Denne tilnærming sikrer ikke en pasientsentrert leveranse, men heller en forhåndsdefinert og lineær modell. Respondent 7 forklarer derfor at det gjenstår en del arbeid på området:

Man må veie [...] de medisinske og faglige begrunnelsene, men man må jo skape et samarbeid mellom helsepersonell, pårørende og pasient. [...] Vi har nok enda en veg å gå der Det er nok sikkert digitale verktøy som kan være til god hjelp der. [Det handler om] hvordan man skal løse det i praksis, det er nok det som ofte kan være utfordrende (Respondent 7)

6.3 Eierskap til egen helsetilstand

Barn og unge er veldig opptatt av å få tilbakemeldinger på det de har vært gjennom under behandlingen sin, og har behov for å få forklart hva som faktisk har foregått. Respondent 7 beskriver hvordan helsepersonells antagelser om at pasienter, og da særlig barn, ikke forstår kliniske forhold, og at det dermed blir utelatt å inkludere dem i ting som påvirker deres helsetilstand. Dette er i tråd med ekspertsentringssynet som problematiseres av Rasche mfl. (2017). Følgelig blir pasienter utrygge på konsekvenser av komplekse medisinske uttrykk, illustrert av følgende sitat:

Du går med den usikkerheten og lurer på om blodprøvene var fine, også får du kanskje bare et brev med noen verdier, også skjønner du ikke helt de verdiene heller. Man må og få det forklart: “Hva betyr det egentlig at jern er lavt? Hva er det jern gjør i kroppen min?” (Respondent 7)

Det er derfor sentralt at helsepersonell ikke tar for gitt at pasientene hverken ønsker eller evner å forstå kliniske forhold. Særlig om det vil påvirke deres helsetilstand videre i livet, uavhengig av alvorlighetsgrad. Dette er også i tråd med pasientrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), hvor pasienters rett til å få nødvendig informasjon om egen helse og behandling vektlegges. Den rådende måten å oppsummere en behandling eller utredning er gjennom føring av epikriser. Respondent 7 forklarer hvordan det for pasienter er et svært teknisk språk og hvor diagnosekoder ikke gir noen form for innsikt. Språket er dermed dårlig tilpasset barn og unge, men også alle pasienter som ikke har klinisk bakgrunn. I tillegg er formatet svært upersonlig utformet. Denne formen er det derfor tvilsomt at barn og unge vil sette pris på. Som pasient kan man følgelig føle seg uinformert og distansert fra egen tilstand, som Ungdomsrådet problematiserer:

[...] de gangene man gjerne skal levere fra seg en [epikrise], om det er en fysioterapeut

eller noe som skal ha den, så er det jo greit å forstå ting (Ungdomsrådet)

6.4 Digitale vaner og krav

Barn og unges digitale vaner har endret seg betraktelig det siste tiåret. Det beskrives av Ungdomsrådet at mobilen aldri er langt unna, og hvordan de bruker applikasjoner for alt. Dermed er digitale løsninger en tydelig integrert del av hverdagen til barn og unge. Rådet forklarer hvordan dette oppleves stort sett positivt, men at det også byr på ulike utfordringer:

Det gir en innvirkning på hverdagen i forhold til søvn og døgnrytme. [...] Man har en følelse av at man må hele tiden oppdatere den telefonen. Og at man må svare i det [...], helst før meldingen er kommet, [...] ellers så blir noen sure (Ungdomsrådet).

Samtidig er man som barn og ung i dag til enhver tid eksponert for hva andre får til og ser ut, noe som rådet forklarer at fører til et jag om å prestere. Det vil følgelig alltid være noen som er bedre enn seg selv på et område, og det er krevende å stadig måtte sammenligne seg med andre mennesker på sosiale medier. Respondent 7 beskriver problematikken rundt den digitale tilgjengelighet når barn og unge skal på sykehus. Om man som pasient ikke føler seg tilstrekkelig informert er internett aldri langt unna:

Google [er] veldig nært. Det er ikke nødvendigvis så heldig. Også Instagram hvor man følger tilsvarende folk som har samme diagnose [...] da kan man kanskje få et feilaktig inntrykk: [...] “Oi, det er sånn det kommer til å gå meg med?”, eller urealistiske forventninger. Derfor er det så vanvittig viktig at informasjonen er god (Respondent 7).

Den altomfattende digitale bruken fører på samme tid også til forventinger til tjenester og produkter. Rådet beskriver hvordan informasjon skal være enkelt tilgjengelig, og det skal kreve få “klikk” for å komme til kjernen:

Får du ikke informasjonen etter så og så mange minutter, det er jo ikke snakk om det en gang, så er det liksom for vanskelig, da tar det for mye tid. Det handler om tålmodighet, og at man tenker litt at man hele tiden har det travelt (Ungdomsrådet).

Når det kommer til helsetjenestenes evne til digital integrasjon er det tydelig at de enda har en vei å gå. Systemet innad i helseorganisasjonen oppleves fragmentert og tregt. Det kommer frem av gruppeintervjuet at HUS har fem ulike IKT-systemer, som ikke kommuniserer. Dette opplever de unge som kritisk, og som lite hensiktsmessig. På den måten må man som pasient selv ha god oversikt over ulike timeavtaler og historikk. Fragmenteringen fører samtidig til at ulike avtaler ikke blir plassert på samme dag, som ungdommene selv må håndtere.

6.5 Oppsummering

Funnene i denne delen av analysen samsvarer i høy grad med de fra det forestående. Barn og unge i pasientrollen opplever komplekse forhold rundt egen helsetilstand, og det kan være krevende å oppnå innsikt. Et nytt aspekt som har blitt illustrert i dette kapitlet er helsepersonells manglende evne til å tilnærme seg pasienter som enkeltindivider, og kunne forholde seg til ting utover det kliniske fagfeltet. Konsekvensen av dette er en opplevelse av å være et “sykdomstilfelle”, og kun et problem som trenger å løses. Dette er i tråd med Ford mfl. (2017) sin beskrivelse av endringene i pasienters krav, hvor de ønsker en individuell og personlig tilnærming. Det blir dermed en forventning til helsepersonells behandling av pasienter, hvor de skal mestre både kliniske og individuelle behov. Samtidig er det fra barn og unge et ønske om en mer interaktiv tilnærming, helst gjennom visuelle og digitale virkemidler. Neste kapittel vil følgelig adressere helsepersonells mulighet til å møte den tvetydige rollen gjennom et digitalt verktøy, samt hvilken effekt dette kan gi for barn i pasientrollen.

7 Analyse og resultater: Prototype

Med utgangspunkt i innsamlet data gjennom de visuelt baserte intervjuenedelene består følgende kapittel av en presentasjon av identifiserte krav og behov til en potensiell digital løsning for å sikre barns eierskap til egen helsetilstand, samt fasilitere behandleres mulighet for å kombinere en klinisk tilnærming med pasientmessighet. Påfølgende vil kapittelet adressere potensielle effekter for henholdsvis behandlere og barn og unge i pasientrollen.

7.1 Teknisk løsning

For å gi innsikt i de kartlagte potensielle effektene er det vesentlig å presentere den planlagte tekniske løsningen. Under den visuelt baserte delen av intervjuene var det et særlig fokus på mulig og nødvendig funksjonalitet og utforming. Formålet var å gjennom studien utføre én iterasjon av relevanssyklusen, som forklart i kapittel 3.3, hvor det var ønskelig å utforme en forenklet prototype basert på responsen. Tilbakemelding gjennom de ulike intervjuene resulterte dermed i visualisering av funksjonalitet og brukergrensesnitt gjennom bruk av et prototypeverktøy. Den planlagte løsningen er dermed sterkt inspirert av den illustrerte bruken av narrative elementer og spillifisering under kapittel 5.4. Under følger en sammenfattet gjennomgang av de ulike funksjonalitetene som er forestilt for løsningen, nummerert etter rekkefølgen de vil inntre i applikasjonen. Applikasjonen er delt inn i tre faser (før opphold, under opphold og ved oppholdets slutt) for illustrasjonsformål. I realiteten vil den ha en enhetlig og sømløs utforming. Samtidig har det kun blitt lagt vekt på barnets versjon av applikasjonen, og ikke helsepersonells. Dette fordi denne delen bedre illustrerer bruksområdene.

7.1.1 Før oppholdet

Under fasen før oppholdet er det et overordnet mål at barnet skal bli forberedt på en relaterbar, interaktiv og underholdende måte. Foredeler vil være at behandler får enklere tilgang på barnets synspunkter, samtidig som at barnet enklere tilegner seg informasjon. Funksjonalitet som er tilgjengelig i denne fasen blir gjennomgått under:

A. Generell info



Figur 2: A. *Generell info*

Det vil i første omgang være nyttig å benytte elementer fra informasjonsskrivet (beskrevet i kapitel 5.1), men utformet med visuelt innhold. Den foreløpige løsningen formidler nødvendig informasjon skriftlig, men dette skal også foregå ved bruk av tale. Et viktig poeng er at alle visualiseringer skal være basert på faktiske forhold på Barneposten, som lokaler og fasiliteter, samt bruk av ansattes virtuelle figurer (avatarer).

Viktige elementer som skal inkluderes i den initielle delen av applikasjonen er praktiske forhold på Barneposten. Dette inkluderer: *Hvordan det ser ut på Barneposten,*

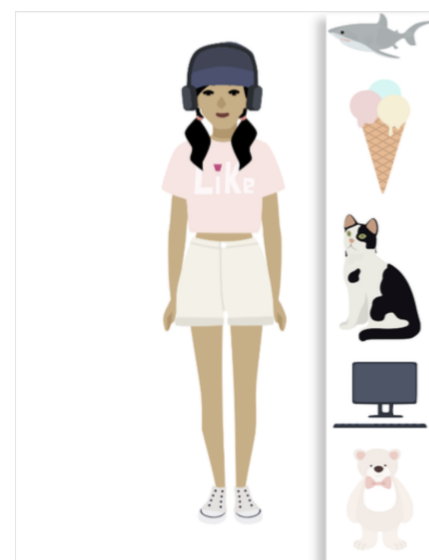
hvilke fasiliteter som er der, hvordan hverdagen blir under oppholdet, hvorfor barn kommer til Barneposten, og hvilke utfordringer de strever med. Hensikten med denne delen er dermed å informere barnet om praktiske forhold på Barneposten.

B. Generering av personlig innhold

En personifisert tilnærming vil bli sikret gjennom å la barnet produsere eget innhold som igjen vil bli benyttet til å visualisere informasjon knyttet til hvert enkelt barn. Først og fremst handler dette om å generere egen avatar, i tillegg til familie og venner. Samtidig vil det være nyttig å la barnet produsere kjennemerker de skal benytte på Barneposten, som navne- og dørschilder. På denne måten vil det være en prioritet å la barnet produsere personlig innhold som skal representere det selv og illustrere dets personlighet.

C. Personifisert informasjon

Påfølgende vil personlig tilpasset informasjon bli tilgjengelig for barnet. Dette innebærer bruk av de produserte



Figur 3: B. *Generering av personlig innhold*

avatarene og anvende dem i illustrasjoner av situasjoner som vil kunne oppstå under oppholdet. Dette kan være barnets eget rom og aktiviteter som er planlagt under oppholdet. I tillegg vil barnets “team” på Barneposten bli presentert med avatarer og bilder, samt praktisk ting som personlige uke- og behandlingsplaner.

D. Drøfting



Figur 4: D. Drøfting

Det vil være hensiktsmessig å kartlegge barnets oppfattelse av egen situasjon og helsetilstand, samt dets holdning til det kommende oppholdet på Barneposten. Her vil dermed barnet bli bedt om å ta stilling til ulike problemstillinger som: *Hva håper du skal bli annerledes når du er ferdig på Barneposten*, hvor det gjennom bruk av avatarer, tegning, tekst og illustrasjoner skal respondere. Samtidig vil det for enkelte barn være krevende å utforme svar selv, og det vil dermed være nyttig å presentere dem for flervalgsspørsmål med tilhørende illustrasjoner, illustrert på Figur 4.

E. Kommunikasjon med behandler

Før innleggelsen vil det være vesentlig å la barnet avklare usikkerheter og spørsmål, samt reagere på informasjonen de blir gitt. Dette vil kunne gjennomføres gjennom bruk av avatarer og illustrasjoner, eller direkte tale- og/eller tekstmeldinger til behandler gjennom applikasjonen. På samme måte vil behandler kunne kommunisere med barnet ved bruk av ønsket virkemiddel, og med en asynkron leveranse.

7.1.2 Under oppholdet

Under selve oppholdet er hovedmålet å la barnet bidra i utformingen av egen leveranse, samt fortelle sin historie gjennom egne perspektiver. Dette gjøres gjennom å gi barnet en tilpasset tilbakemeldingsfunksjon. Forutsette fordeler er å gi behandlere en ny måte å innhente innsikt i barnets perspektiver, samtidig som det vil i større grad myndiggjøre

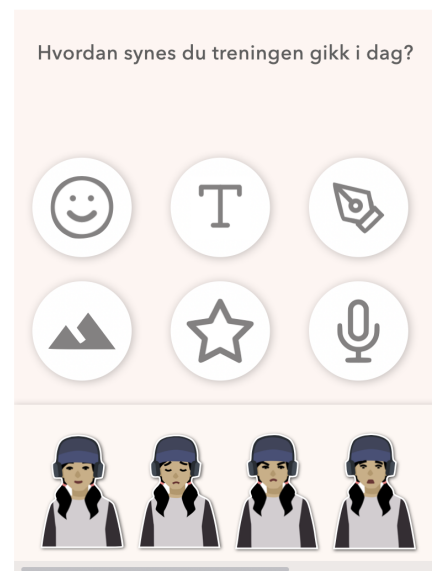
barnet. Det vil under innleggelsen være to hovedfunksjonaliteter, som presentert under:

F.1 Digital dagbok

Når barnet selv ønsker, eller ved initiativ fra foreldre og/eller behandlere vil det kunne produsere innhold i sin egen digitale dagbok. Det vil følgelig være tilrettelagt for at barnet kan produsere eget innhold ved bruk av egne og andres avatarer, tegning, bilder, illustrasjoner av rom og figurer, lydopptak og tekst. På denne måten vil barnet selv rapportere ting det opplever underveis i behandlingen. Gjennom innsikt i dette vil behandlere kunne tilpasse leveransen til det enkelte barns opplevelser.

F.2 Vurdering

Når behandlere opplever at det er forhold hvor det er behov for tilbakemeldinger fra barnet vil det bli opprettet et “gjøremål”, hvor barnet må evaluere en konkret hendelse eller situasjon. Sammen med behandler vil dermed barnet bli veiledet gjennom en evaluering ved bruk av egen avatars ansiktsuttrykk og positurer. Denne utformingen oppsto som en følge av den manglende forståelsen av analog skala blant barn, og prioriterte dermed bruk av ansiktsuttrykk. Følgelig er denne funksjonaliteten en forbedring av dagens *forventningsavklaringskjema*, og sikrer i tillegg en kontinuerlig tilbakemeldingsform.



Figur 5: F.2. Vurdering

7.1.3 Ved oppholdets slutt

Mot slutten av innleggelsen vil barnet sammen med behandler oppsummere oppholdet og skape en egen personlig rapport.

G. Evaluering

Gjennom bruk av de nevnte tilgjengelige virkemidlene vil barnet sammen med behandler produsere personlige perspektiver på oppholdet, og hvordan dette har påvirket deres helsetilstand. Denne delen reflekterer dermed den illustrerte bruken av tegning og produksjon av egne personlige bøker, som beskrevet i 5.4. I tillegg vil behandlere kunne generere hilsener og personlige meldinger til barnet.

H. Produksjon av eget omslag

Avslutningsvis får barnet designe utseende på sin personlige rapport. Rapporten blir påfølgende i form av en bok, bestående av innholdet fra den digitale dagboken og evalueringen. Dette utgjør dermed en personifisert epikrise og barnets egen fortelling knyttet til oppholdet og egen helsetilstand, som vist i Figur 6.



Figur 6: *Personlig rapport*

7.2 Potensiell effekt for behandlere

Gjennom intervjuene er det blitt kartlagt flere mulige effekter for behandleres arbeidsrutiner og -hverdag. I første omgang handler dette om en ny mulighet for å få innsikt i pasientenes følelsesliv. På den måten kan det tilrettelegge for behandleres tilgang til informasjon om hvordan barnet forholder seg til egen prosess, og dermed føre dem i den retning som er hensiktsmessig for barnet. Respondent 1 beskriver hvordan dette vil kunne sikre en gjensidig forståelse:

Det første som slår meg er at det vil gi meg et helt annet verktøy i dialogen med barnet, [...] for å få frem barnet sin fortelling og reaksjoner. Jeg tror ikke det vil generere mer arbeid for meg, men gjort meg tryggere på at jeg fikk formidlet ting

på en måte som jeg har tro på at barnet kan forstå. For sånn som det er nå er det mye av det som må formidles med mine ord, og der er barn veldig forskjellige. Også kjenner jeg ikke det barnet så godt enda, så det er vanskelig å vurdere hva barnet oppfatter og får med seg. Da tror jeg dette ville ha hjulpet meg (Respondent 1).

Det vil altså kunne få frem barnets egen stemme enda tydeligere og bistå behandlere i en pasientsentrert tilnærming. Følgelig vil det være mer tilgjengelig for behandlere å tilpasse seg barnets perspektiver, hvor Respondent 5 illustrerer nødvendigheten med å rette seg etter behov:

Det vil også strukturere litt og minne på det å lytte til barnets agenda, og hvor barnet er i enda større grad. At man ikke bare har sin egen røde tråd i hodet, og kjører på med den, men at man justerer seg etter barnet. Det hjelper ikke om jeg kjører på en motorveg og barnet er på en sideveg langt inne i dype skoger (Respondent 5).

Respondent 5 forklarer videre hvordan man som behandler kan gå tom for kreative måter å tilnærme seg barnet, og at enkeltavtalene har mye det samme innholdet. Følgelig blir samtalene ofte for generell og lite hensiktsmessige. Da risikerer man å være for bred i tilnærmingen, og behandlingstimen forsvinner uten at man har gjort fremskritt. Ved å ta i bruk verktøyet vil det imidlertid være nytt materiale å ta tak i. Dermed vil det legges til rette for samtaler rundt det som barnet har drøftet rundt og gitt tilbakemeldinger på, som forklart av respondenten:

Noen terapeuter liker jo å prate, men det er noe med å ha en viss fremdrift og struktur på det man gjør. Slik at time ti ikke blir akkurat det samme som for time én, også har det liksom ikke vært noe. Det er noe med at barnet blir tatt på alvor i det det formidler, og det å finne det lille man kan ta tak i. [...] Og kanskje er det akkurat det som er inngangsporten i forhold til det som kan være essensen av det vanskelige (Respondent 5).

Et annet potensiale i verktøyet er å skape muligheter for behandlere å vurdere og sikre eget arbeid. Dermed kan det fungere som et redskap som støtter behandlere i stor grad, samt forbedrer tilgangen til tilbakemeldinger. Løsningen vil følgelig utvide dagens løsning ved *forventningsavklaringskjemaet*, og sikre stadige tilbakemeldinger. På den måten blir

verktøyet forutsett å kunne supplere rutiner:

Det vil jo kunne hjelpe meg [i] å evaluere mitt eget arbeid, og sørge for at barnet blir deltaker i sin egen historie, utvikling og hjelp. Dette er et redskap som man vil kunne bruke som en støtte i arbeidet med at barn får et overblikk og en forståelse over hvilken situasjon de er i nå og å kunne integrere den opplevelsen i sin egen livshistorie. Jeg tenker at dette vil være et godt hjelpemiddel i forberedelsen og under behandling (Respondent 3)

Følgelig er det flere områder hvor verktøyet kan forbedre behandleres rutiner og arbeidsmetoder for å sikre en pasientsentrert tilnærming. Disse kan oppsummeres som: 1) Enklere tilgang på pasienters perspektiver, 2) Sikre fremdrift i arbeidet, 3) Fasilitere for nye metoder og virkemidler i arbeidet, og 4) Nye muligheter for å evaluere eget arbeid.

7.3 Potensiell effekt for barn og unge i pasientrollen

For barn og unge vil den potensielle effekten være omfattende. Derfor er følgende delkapittel strukturert etter de identifiserte effektene *forberedelse og trygghet, asynkron leveranse, formidlingsevne, personifisering, og eierskap.*

7.3.1 Forberedelse

Respondentene forklarer hvordan verktøyet vil kunne avdekke viktige forhold før barnet innlegges. Gjennom visualisering og illustrasjoner av faktiske forhold på Barneposten vil det oppklare urealistiske og feilaktige forventninger. Det vil dermed kunne gjøre det kommende oppholdet mer forutsigbart og enklere å forholde seg til. Å introdusere barna til realistiske forhold knyttet til eget opphold vil dermed bidra til å skape trygghet. Ved å la barna forberede seg hjemme på forhånd kan dermed en viktig barriere fjernes. Dette blir av respondentene ansett som viktig for å kunne gi barnet bedre kontroll over situasjonen:

Det blir jo veldig greit når de kommer, men det er noe med den dørstokkterskelen. Denne kan man fjerne ved at man kan forbedere seg hjemme. Dette ser veldig trygt ut, det er klart at det som er mer kjent det er mindre farlig. (Respondent 5)

Ved tilgang til verktøyet ved den initiale delen av oppholdet vil mange forhold være avklart, og på den måten kan det sikres en mer effektiv og målrettet behandling. Respondentene trekker særlig frem barnets opplevde trygghet som et viktig grunnlag for en vellykket behandling. Det er ofte mange krevende forhold i et barns behandlingsforløp, samt flere ulike instanser involvert, og Respondent 3 beskriver hvordan løsningen vil kunne bidra på området:

Jeg tror det kan skape mer mestring og mer forståelse i kontakt med hjelpeapparatet, det vil gi dem en autonomi og en mestringsopplevelse i det å være hjelpesøkende. Det vil nok kunne være en langt tryggere arena for de å bevege seg på, enn i samtale med fremmede mennesker som skal spørre og spørre og spørre (Respondent 3).

Ungdomsrådet forklarer hvordan det er vanlig at unge pasienter gruer seg til kommende behandling, og er svært usikre på hva som skal foregå. Gjennom verktøyet kan denne problematikken bli besvart. De trekker samtidig frem hvordan dette ikke kun handler om barn, men at pasienter i alle aldre kan oppleve det å skulle innlegges som skremmende:

Det å kunne bli kjent med det man skal igjennom, det passer jo for alle og enhver. Slik kan man dermed bli trygg på ting før man kommer til noe som kan virke veldig overveldende (Ungdomsrådet)

7.3.2 Asynkron leveranse

Respondent 4 forklarer hvordan direkte samtaler med behandler kan oppleves konfronterende og truende for barnet. Samtidig er det ikke alltid barnet er mentalt tilgjengelig for å snakke om temaet på det tidspunktet. Informasjonsformidling gjennom et digitalt verktøy vil på sin side legge til rette for en asynkronitet etter barnets egne premisser. Gjennom en digital plattform kan det samtidig antas at det vil være lavere terskel for pasienter å stille spørsmål eller kommentere på ulike forhold. Dette fordi den digitale arena er et sted barn og unge er svært fortrolige med, og hvor store deler av deres kommunikasjon foregår.

7.3.3 Formidlingsevne

For barn kan det være krevende å sette ord på strevsomme følelser og forhold. Respondent 2 forklarer hvordan barn ofte har mye på hjertet, uten at de mestrer å formulere og formidle det. Gjennom et digitalt verktøy hvor kommunikasjonen er basert på visuelle virkemidler vil dermed være et potensielt viktig supplement til samtaler. Følgelig vil det kunne benyttes andre måter å uttrykke seg på, hvor en mulig bruk illustreres av Respondent 1:

Dette er noe mer konkret. Jeg tenker at for mange av barna er den samtalen, det å sette seg ned å snakke med en behandler ansikt til ansikt, det er litt for krevende. [...] dette kan man ha defokusert - med fokus på noe sammen, [...] men indirekte fokus på barnet. Det tror jeg kunne vært et veldig godt hjelpemiddel for dialog og for å få frem barnet sitt syn på sin egen situasjon (Respondent 1).

7.3.4 Personifisering

Som nevnt i delkapittel 6.1 er det vesentlig for barn i pasientrollen å få frem andre deler av livet som er viktig for dem. Respondent 2 forklarer hvordan barn ofte blir veldig engasjerte når de får produsere ting som forteller noe om hvem de er og hva de liker. Gjennom verktøyet vil det legges til rette for at barnet selv får formidle det som oppleves som kritisk, og Respondent 5 støtter opp om barnets mulighet til å uttrykke seg:

[...] det at de kan utforme noe selv. At man ikke bare som voksen lager noe som man tror at ungdommen synes er kult, men at det er valgmuligheter som man har i et spill - At man får lov til å definere seg selv. Det er barna selv som er de fremste ekspertene (Respondent 5).

Videre vil verktøyet i høyere grad sikre en personifisert leveranse av omsorg. Ved å la barnet fortelle sin egen historie gjennom ønsket bruk av visuelle elementer vil løsningen adressere viktige elementer i behandling, hvor barnet blir eksponert for egne minner, som illustrert av Respondent 1:

I traumebehandling er det et poeng å beskrive eget liv ganske detaljert. Det er selve behandlingen å bli eksponert for de minnene (Respondent 1)

Ved å bli kjent med hvordan barnet ønsker å uttrykke seg og hva det identifiserer seg med vil man kunne legge til rette for videre dialog, og er dermed en fin måte å bli kjent med pasientene på. Samtidig vil det kunne bidra til økt refleksjon hos barnet selv, ved å la det ta stilling til ulike problemstillinger på egne premisser.

7.3.5 Eierskap og mestring

For barn i sårbare situasjoner vil det ofte være mange ulike instanser som er innblandet i prosessen deres, som for eksempel Barnevernet, NAV og BUP. Derfor vil det kunne oppleves uoversiktlig og være vanskelig å forstå omfanget av. Respondent 3 beskriver problematikken knyttet til den omfattende involveringen av ulike deler av hjelpeapparatet:

Deres egen fortelling blir tatt ut av hendene på dem, også får de den tilbake i en veldig omdannet og ukjent form, som får veldig store konsekvenser for deres liv [...] Det er så veldig mange ting de skal gjennom som potensielt kan være traumatiserende opplevelser. [Hjelpeapparatet] har jo gode hensikter, men det går ofte på bekostning av barnets grunnleggende utviklingsoppgaver (Respondent 3).

Også ungdomsrådet forteller hvordan det ofte kan bli en del uoversiktlige forhold, særlig for barn som har sykdommer som krever behandling ved flere ulike områder. Dette fører til at det blir mye å huske på for den enkelte. Ved dette aspektet kan derfor verktøyet bidra med å gjøre tidligere historikk lettere tilgjengelig for pasienter. Sitatet under beskriver hvordan effekten av verktøyet kan gi bedre forståelse til egen helsetilstand blant barn:

I møte med [helsevesenet] har man kanskje periodevis opphold, så kan det jo ha gått en stund siden sist, og det kan være vanskelig å huske ting. Det er flere som skulle hatt ting som dette. Spesielt for barn vil man kunne få et lettere eieskap til seg selv og sin historie og sykdomsliv (Ungdomsrådet).

Følgelig vil verktøyet kunne rydde opp i og konkretisere de ulike delene av deres prosess, og bidra til at de forstår egen helsetilstand. Et opphold på Barneposten er en kort, men viktig del av barnets liv. Både gode og dårlige erfaringer vil kunne være nyttig å se tilbake på for å bedre forstå egen tilstand senere i livet. Respondent 5 forklarer hvordan

barn ofte er opptatt av å få ting de selv har produsert med seg hjem fra oppholdet:

De legger det gjerne under sen-gen eller rammer det inn. Jeg tenker at det vil opprettholde behandlingseffekten, fordi man kan bli i det og gjenkalle følelsen. Ting kan ofte smelte litt sammen, og man kan i ettertid føle at “alt var helt ræva”, men dette [verktøyet] kan hjelpe med å nyansere ting. Du får nok opp igjen en del av effekten når du har med deg noe som er såpass utfyllende, noe man har vært med på å lage selv. Det kommer en epikrise, og det gjør det jo alltid. Men dette er på barnets premisser (Respondent 5).

Videre er en viktig komponent i en behandling å la den bli en integrert del av barnets egen historie. På den måten skal det være noe som barnet forholder seg til videre i livet, og ikke noe det skyver vekk så fort det er ferdig. Respondent 1 forklarer hvordan en avsluttende del av en behandling er å dele opplevelsene med sine nærmeste:

Opplevelsene er ikke noe du skal gå og bære på alene, men noe som mamma og pappa [skal være en del av]. Dette (verktøyet) går an å dele med de som er nær deg (Respondent 1)

Gjennom løsningens planlagte funksjonaliteten vil dette aspektet møtes ved å fasilitere for en egenprodusert rapport etter endt opphold. Dette vil være nyttig for delingsformål, men også for barnets mulighet til å fremkalle tidligere hendelser. Dermed kan verktøyet, utviklet med hensyn til pasienter, kunne være et viktig bidrag i å forbedre kvaliteten og tilgang til behandling (Alafaireet og Houghton, 2017). Respondentene angir at potensiale kan bety en mer meningsfylt behandling, og føre til større motivasjon blant både behandlere og pasienter. Også forutsetningene for å møte pasientrettigheter vil i større grad kunne fasiliteres. Innføringen vil imidlertid innebære betydelige endringer i Barnepostens helseleveranseprosess, og krever dermed en ytterligere gjennomgang. Dette aspektet adresseres i neste kapittel, hvor det er forsøkt å utforme og forklare en ny helseleveranseprosess gjennom anvendelse av det digitale verktøyet.

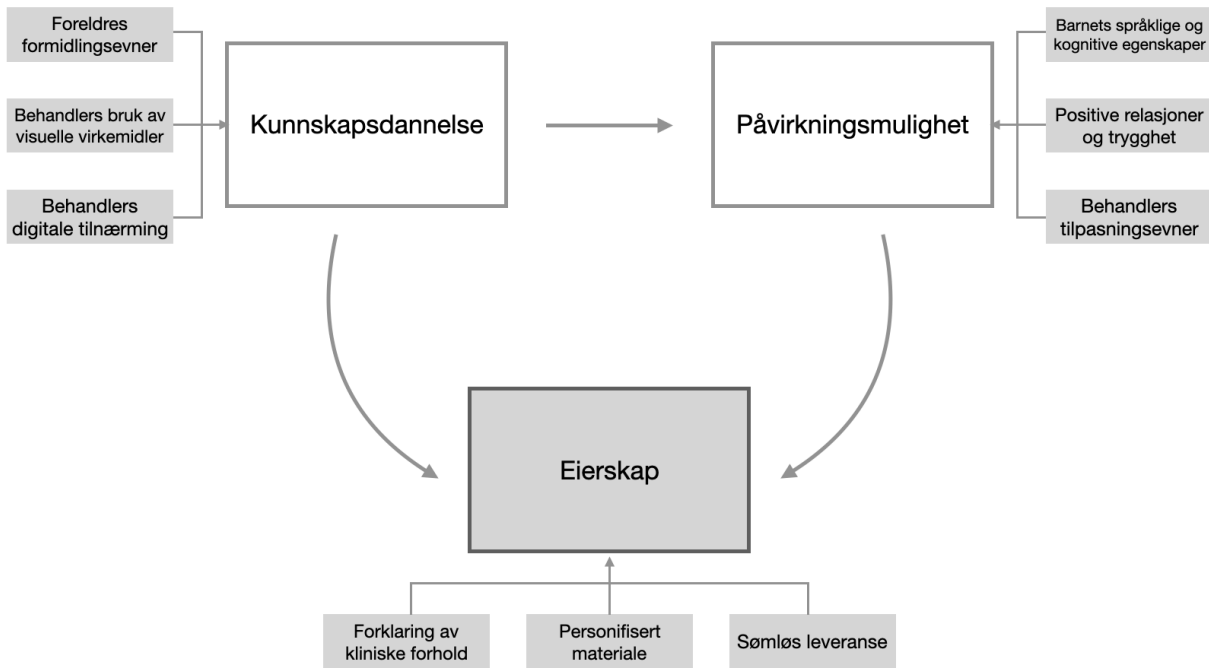
8 Diskusjon og vurdering

Gjennom analysen har Barnepostens tilnærming til pasientinvolvering, med hensyn til behandlere og pasienters perspektiver blitt adressert. I tillegg har en planlagt teknisk løsning blitt presentert, med påfølgende potensielle effekter. I dette kapitlet vil jeg benytte teori for å diskutere empiriske funn med hensyn til forskningsspørsmålene. I første omgang vil de identifiserte forutsetninger for Barnepostens pasienter til å oppnå eierskap til egen helsetilstand presenteres. Deretter vil dagens helesleveranseprosess bli gjennomgått, med tilnærming til samproduksjon, digitalisering og en pasientsentrert omsorgsmodell i fokus. For å svare på de identifiserte utfordringene vil det videre i kapitlet bli diskutert mulighetene de ulike virkemidlene som blir benyttet av behandlere gir. Som en oppsummering og avslutning på diskusjonen vil jeg foreslå en tilpasning til samproduksjonsrammeverket for barnepsykiatrien, samt en ny helseleveranseprosess gjennom en implementering av det.

8.1 Forutsetninger for pasienters eierskap til egen helsetilstand

Gjennom analyse av de ulike perspektivene og ulik databruk har jeg kartlagt hvilke forutsetninger som må være etablert for at barn på Barneposten skal oppnå eierskap til egen prosess under dagens forhold. Dette har resultert i to hovedaspekt som direkte påvirker disse mulighetene: *Kunnskapsdannelse og påvirkningsmulighet*. For å illustrere dette har jeg utformet en figur (Figur 7) som viser sammenhengen mellom de ulike aspektene, samt hvilke faktorer som avgjør hvorvidt de oppnås eller ikke.

Kunnskapsdannelse er grobunnen for barnets opplevde autonomi. Om ikke pasientutdannelsen er tilstrekkelig, vil hverken påvirkningsmuligheter eller dannelse av eierskap fasiliteres. Selv uten at barnet evner å uttale seg om egne forhold, vil et god kunnskapsgrunnlag kunne være tilstrekkelig for at det skal forstå egne omstendigheter og oppnå eierskap til egen tilstand. Det er identifisert tre faktorer som påvirker mulighetene for kunnskapsdanning. For det første, da mye av informasjonformidlingen foregår gjennom foreldre, vil foreldres formidlingsevner være avgjørende. Dette innebærer foreldrenes forståelse og forutsetninger for å kunne forklare relevante og viktige forhold rundt barnets helsetilstand



Figur 7: Forutsetninger for pasienters eierskap til egen helsetilstand og prosess

og innleggelse. For det andre er behandleres kreative evner og bruk av visuelle virkemidler vesentlig for at barnet skal kunne innehente informasjon på en forståelig og relaterbar måte. Dette innebærer bruk av tegning, brettspill, modeller og bilder. Den tredje faktoren er behandleres tilnærming til den digitale arena. Ved å møte barnet på deres hjemmebane og egne premisser vil behandler enklere kunne skape omgivelser hvor barnet mestrer å ta til seg informasjon.

Påvirkningsmulighet blir direkte påvirket av nivået på kunnskapsdannelsen. Følgelig vil hver faktor som påvirker kunnskapsdannelsen gi følger for barnets anledning til å påvirke leveransen. Et påfallende element er barnets språklige og kognitive egenskaper. Om det ikke mestrer å uttrykke egne ønsker og behov er det krevende å få til et samarbeid mellom pasient og behandler. Dette aspektet er dermed særlig kritisk, da disse egenskapene ofte er begrensede hos barn i Barnepostens aldersgruppe. Det har blitt vist at barnets perspektiver kan bli tilnærmet gjennom bruk av et narrativt perspektiv. Bruken virker imidlertid å være utpreget sporadisk, og legger dermed ikke til rette for tydelige muligheter for barnet å tilpasse egen prosess. For at barnet skal føle seg motivert for å stille spørsmål og gi tilbakemelding på forhold som ikke oppleves nyttig, er det avgjørende at det føler seg trygt og har gode relasjoner med behandlere. Dette handler i stor grad om at behandler må se pasienten som et individ og også være opptatt av barnets liv utover

diagnosen deres. Siste faktor henger sammen med den foregående, hvor behandlere må ha evne og vilje til å kunne føre pasientene frem som eksperter på eget liv, samt et ønske om å tilpasse seg hver enkelt pasient. Dette er i tråd med Realpe og Wallace (2010) sitt krav til tjenesteytere, hvor de må være villige til å flytte mye av makten over til pasientene.

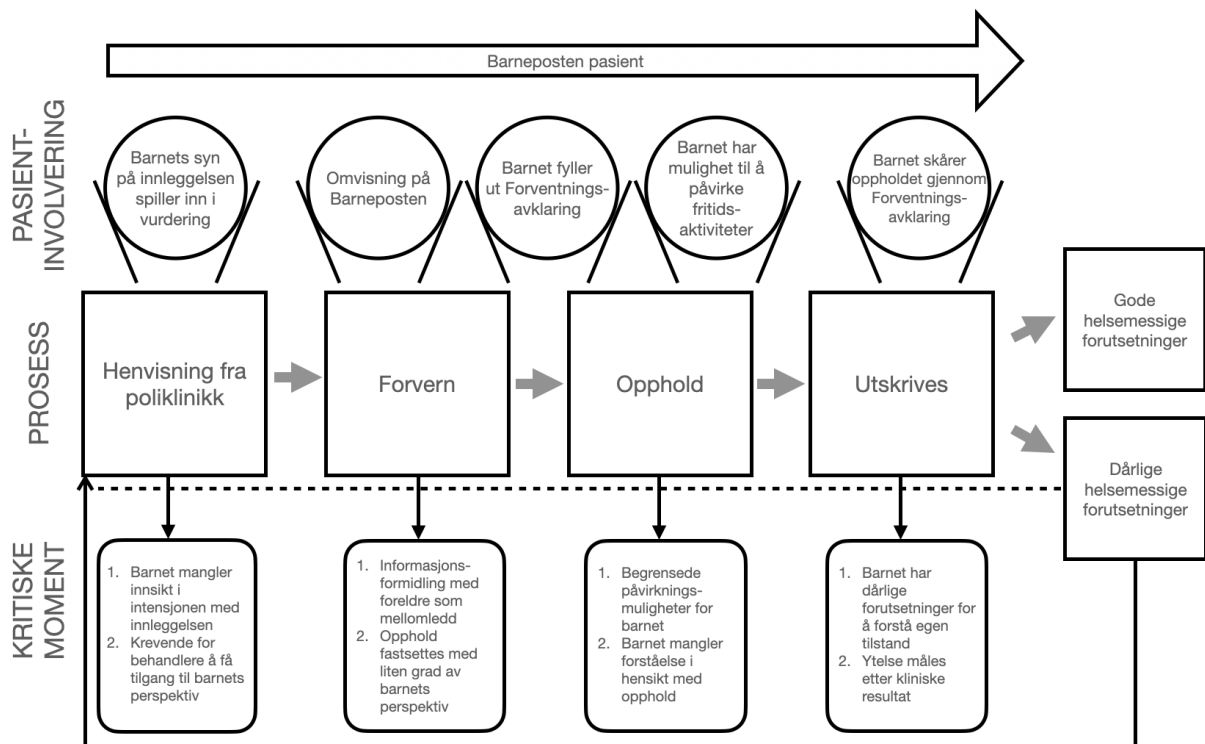
For å sikre at barnet oppnår eierskap til egen prosess og tilstand vil samtlige av tidligere nevnte faktorer være av betydning. I tillegg er det identifisert tre forhold som direkte påvirker dannelsen av eierskap. Det er i første omgang vesentlig at pasienter blir gitt gode forklaringer på hva deres diagnose og sykdom innebærer og hvordan det vil påvirke dem i fremtiden. Tett knyttet til dette er tilgangen på personifisert materiale, produsert av pasient og behandler i fellesskap, og som reflekterer viktige forhold i barnets tilstand. Dette vil sikre at behandlingseffekten blir opprettholdt, samt gjøre det enklere for barnet å dele sine erfaringer med pårørende. Samtidig er det grunnleggende at prosessen oppleves sammenhengende og integrert. Dette betyr at barnet må veiledes gjennom et enhetlig behandlingsforløp, og ikke isolerte enkeltinstanser. For å se nærmere på utfordringene med Barnepostens helseleveranse er det hensiktsmessig å se mot de ulike fasene under et barns kontakt med seksjonen. Følgelig vil neste delkapittel ta for seg helseleveranseprosessen, og forsøke å knytte denne til de identifiserte forutsetningene til eierskap som har blitt gjennomgått her.

8.2 Dagens helseleveranseprosess

Funnene fra Barneposten reflekterer komplekse forhold. Dermed kan det hevdes at det i barne- og ungdomspsykiatrien er så krevende omstendigheter at det er vanskelig å se for seg en fullverdig samproduksjonsprosess. Men også i tilfeller med mer eller mindre tvunget omsorg vil et aktivt engasjement være svært gunstig, og også oppnåelig (Osborne mfl., 2016). Det faktum at Barneposten legger vekt på at barna ikke skal være innlagt om de ikke ønsker det, bygger opp under at barna i stor grad kan ta stilling til hvorvidt de samtykker til innleggelsen. Samtidig, om de faktisk skal kunne vurdere dette, er de nødt til å ha kunnskap om egen tilstand og hensikten med en eventuell innleggelse.

Figur 8 illustrerer egen utarbeidelse av dagens helseleveranseprosess på Barneposten. Fasene i prosessen er delt opp etter: *Henvvisning fra poliklinikk, forvern, opphold og utskriv-*

ning, da de innebærer ulike former for involvering og kritiske momenter. Videre i dette delkapittelet vil jeg gå gjennom positive elementer og kritikaliteter under hver enkelt fase.



Figur 8: Dagens helseleveranseprosess på Barneposten

8.2.1 Henvising fra poliklinikk

Kun det faktum at barnets “stemme” blir inkludert i bestillingen fra poliklinikken har gitt betydelige følger for barnets trygghet. Dette vitner om omfattende konsekvenser for en ytterligere prioritering av barnets medbestemmelsesmulighet. Et grunnleggende element i den pasientsentrerte omsorgsmodellen er fasilitering av pasienters mulighet til å ta kunnskapsbaserte valg (Clack, 2017). Det er opp til helseorganisasjonen å legge til rette for at brukeren har nok innsikt til å kunne forme realistiske og informerte forventninger. Mange av barna på Barneposten gir imidlertid inntrykk av å ikke forstå intensjonen bak innleggelsen, og har feilaktige forståelser av hva et opphold innebærer. Følgelig er det fra start av dårlige forutsetninger for at barnet kan oppnå en aktiv rolle i tjenesteleveransen.

En hierarkisk ekspertsentrert modell innebærer isolerte og komplekse prosess, og det er følgelig dårlige premisser for å trygge og veilede pasientene i deres behandlingsprosess (Liedtke mfl., 2017). På denne måten føler pasienter seg urolige og degenerert til diagno-

sen sin. En pasientsentrert omsorgsmodell krever på sin side en sømløs og kontinuerlig prosess (Ford mfl., 2017). For å sikre dette er det dermed nødvendig at det fra barnets første møte med Barneposten blir søkt å oppnå et samarbeid. I første rekke handler dette om å fasilitere pasientutdannelse. Behandlere på poliklinikken viser varierende grad av forbereding av pasientene, og det er følgelig betydelige forskjeller på omfang av innsikt. Dette fører dermed til at barnet fra et tidlig stadie er usikker på egen prosess, og har begrensede muligheter til å påvirke videre leveranse.

8.2.2 Forvern

Pasientopplysningen ved Barneposten virker å i stor grad være foreldrefokusert. Med det menes at store deler av viktig informasjon blir formidlet med foreldre som et mellomledd. Dette er problematisk ved tre aspekter: 1) Foreldre har varierende formidlingsmuligheter, 2) de har ulik oppfatning av informasjonen, og 3) de har en tendens til å unntale å formidle ting de opplever som vanskelig. Disse utfordringene fører til at barnet er uinformert, og ikke har oppnådd innsikt i viktige forhold. Følgelig får de ikke anledning til å forberede seg tilstrekkelig, eller kunne søke svar på ting som er uklart. For å sikre et pasientsentrert behandlingsforløp må derfor barna i større grad myndiggjøres og trekkes frem som eksperter på eget liv (Rasche mfl., 2017).

Til tross for at pasientgruppen mangler innsikt i kliniske og komplekse behandlingssammensetningen, er det viktig å ikke redusere dem til sykdomstilfeller (Liedtke mfl., 2017). Denne problematikken er i tråd med den manglende involveringen av pasienter i utformingen av behandlingsforløpet. Som en konsekvens føler barn seg utrygge og ekskludert fra egne omstendigheter. Samproduksjon vil i følge Palozzi mfl. (2017) kreve en kunnskapsstrøm mellom komplementære parter, i dette tilfellet pasienter og behandlere. Til tross for mangel på klinisk ekspertise er barn i pasientrollen i høy grad eksperter på egne omstendighet og hva det selv opplever som kritisk. Dermed vil en anerkjennelse av deres kunnskap være avgjørende på vegen mot en pasientsentrert omsorgsmodell (Osborne mfl., 2016).

Et mål på Barneposten er å så langt det er mulig klarlegge behandlingsforløpet *før* oppholdet, og gjennom forverns møtet. En pasientsentrert tilnærming vektlegger på sin

side en kontinuerlig utarbeidet leveranse (Abolade og Durosinmi, 2018). På samme tid vil det være viktig å utarbeide et hovedmål med innleggelsen på forhånd. Barnet og familien henvises til Barneposten med en konkret problematikk, som krever ytterligere adressering, og som er vanskelig å håndtere i en poliklinikk. Om ikke oppholdet svarer til disse forventningene er hensikten med Barneposten minimal. Derfor er det et sterkt behov for klinisk ekspertise under utformingen. Dette illustrerer den gjennomgående problematikken i barnepsykiatrien, hvor det er utfordrende å forene et nødvendig ekspertfokus med en samtidig prioritering av barnet som enkeltindivid og dets egne perspektiver. Med dette tatt i betraktning vil det allikevel være rom for at barnet får ta en aktiv del i utformingen.

Både informasjonsskrivet og besøket til posten inngår i forvernsfasen. Informasjonsskrivet dekker betydelige deler av nødvendig pasientutdanning på Barneposten. Følgelig legges grunnlaget for at pasientene skal danne realistiske bilder av oppholdet sitt og hvilke implikasjoner dette vil ha på hverdagen deres i perioden. Skrivet er utformet basert på tilbakemeldinger fra pasienter og foreldre, og er derfor godt egnet til å svare på forhold som oppleves kritisk. Til tross for dette er ikke kunnskapen personlig rettet, og fokuserer ikke på barnet som enkeltindivid (Ford mfl., 2017). Det blir på denne måten generisk og lite personlig, og innfrir dermed ikke barn og unges ønsker om skreddersøm (Hollis mfl., 2017). I tillegg vitner bruk av skriftlig kommunikasjon alene til en mindre grad av forståelse blant barn.

Besøket på posten viser varierende grad av effekt. Det er en viktig del av pasientopplysningen å fasiliterer informasjonsinnhenting gjennom visuelle inntrykk. Dermed blir det enklere for barnet å danne seg en korrert oppfatning av oppholdet. Dette særlig med tanke på praktiske forhold. Følgelig er dette en betydelig del av å trygge barnet. Derimot er det tilsynelatende variabelt hvorvidt barnet opplever at de selv kan kontrollere situasjonen, og er mer eller mindre passive. For mange av barna blir omstendigheter de selv ikke styrer oppfattet som konfronterende og truende. Det kan derfor hevdes at besøket ikke foregår på barnets egne premisser.

8.2.3 Opphold

Kvaliteten og ytelsen til en tjeneste vil i følge Osborne mfl. (2016) være formet etter brukernes forventninger, rolle i tjenesteleveransen og etterfølgende erfaring med prosessen. Det kliniske resultatet må derfor komme i andre rekke etter opplevd effekt blant pasientene. Barneposten søker å forme seg etter forventninger gjennom avklaringer av mål og ønsker på et tidlig stadie av oppholdet. Det er imidlertid tilsynelatende inkrementelle justeringer som gjøres etter barnets syn, og det blir heller gjort et forsøk på å orientere og forene dette med hovedmål som ble dannet under forvernsrådet. Problemstillingen er følgelig at barnet har hatt liten innvirkning på utforming av hovedmål, og er samtidig utilstrekkelig informert.

På samme tid er det en forutsetning at barnet mestrer å uttrykke hva som er viktig for dem, samt ønsket utbytte. Dette krever, som tidligere forklart, under dagens modell språklige og kognitive evner som pasientgruppen ofte ikke innehar. Under dagens helseleveranseprosess har barnet følgelig få anledninger for å respondere på leveranse, og der er dermed begrensede samarbeidsmuligheter.

8.2.4 Utskrivning

For at en tjenesteprosess skal møte kravet om pasientsentrering er det nødvendig med en ende-til-ende integrasjon, hvor den ikke bare skal starte og slutte med pasienten, men integrere dens perspektiver under hele løpet (Rasche mfl., 2017). Utfyllingen av *Forventningsavklaringskjemaet* er et nyttig verktøy for Barneposten for å kunne vurdere eget arbeid og generell tilfredshet. Det går imidlertid ikke utover en generell tilbakemelding, og gir liten effekt for barnets medvirkningsmulighet. Samtidig virker det å være uklart hvorvidt barnet faktisk forstår formålet med aktiviteten.

Den manglende personifisering av pasientutdannelsen og påvirkningsmuligheter fører barnet bort fra egen tilstand og eierskap (Palozzi mfl., 2017). Epikriser er nødvendige midler for å kommunisere på tvers av fagmiljøer. Det er samtidig uheldig at barn opplever en distansering fra egen tilstand, som følge av manglende forståelse av innholdet. For å oppnå pasienteierskap bør behandlingsteder prioritere en relaterbar måte å gi innsyn i oppnådde resultater og videre fokusområder. Samtidig er det viktig å anerkjenne at det er krevende

å snakke et forståelig språk, på samme tid som det skal formidles komplekse forhold. Det vil derfor være gunstig å se mot digitale virkemidler som kan lette på behandleres press. Påfølgende delkapittel vil adressere den digitale tilnærmingen på Barneposten.

8.3 Digitaliseringselementer på Barneposten

Digitalisering skal føre kunden til kjernen av tjenestetilbudet og fasilitere verktøy tilpasset kundens behov (Kuula og Haapasalo, 2017). På den måten skal digital helse benyttes for å styrke pasienters håndtering av egen sykdom, og forbedre forutsetningene for god helse (Iyawa mfl., 2016). Digitale helsesystemer er grunnleggende for hensiktsmessig rapportering og oversikt på Barneposten. Det er i tillegg viktig for pasienter å enkelt kunne få tilgang til egne helsedata. Ford mfl. (2017) forklarer hvordan hovedkilden for økt verdi gjennom digital helse hos pasienter er at tjenestene leveres på en ny måte, samt en høyere prioritering av kundeopplevelsen. Kravene til rapportering som det digitale helsesystemer har ført med seg har imidlertid ført pasientene bort fra kjernen. Helseinnovasjon regnes som implementering av gunstige fremgangsmåter rettet mot å forbedre behandling for den enkelte pasient, og har langsikte mål om å forbedre kvalitet og resultater (Iyawa mfl., 2016). Om resultater skal måles etter pasienters tilfredshet vil ikke en omfattende rapportering føre til positive følger for den enkeltes behov.

Dette innebærer at det digitale helsesystemet har ført Barneposten nærmere en tradisjonell omsorgsmodell, med fokus på effektivitet og behandling av sykdomstilfeller. Den omfattende diagnosekodingen reduserer følgelig pasientene til et tall i et system, og effektivitet alene er ikke forenelig med gunstig helseinnovasjon. Digital helse skal være nyttig for alle partene involvert i tjenesteprosessen, og dermed også forenkle behandleres arbeidshverdag. Dette svarer til Eichhorst mfl. (2017) sin forklaring på teknologis endrede rolle i helsevesenet, hvor digitalisering ikke skal benyttes for å effektivisere prosesser, men for å tilby tjenester tilpasset pasientenes behov. Derimot forklares det at de omfattende kravene til rapportering fører til en mer krevende arbeidshverdag for respondentene, og mest kritisk - mindre tid med pasienter. Derfor må helseorganisasjoner se mot løsninger som har tydelig verdi for alle involverte. Nyten av spillifiserte elementer har blitt særlig vektlagt av respondentene fra Barneposten, og innføring av enhetlige virkemidler vil kunne gi svar på digitaliseringsbehovet.

8.4 Virkemidler

Det er tydelige innslag av spillelementer i flere av virkemidlene som blir benyttet for interaksjon med barn i pasientrollen. Språklig kommunikasjon vil i stor grad ha varierende effekt, og avhenger av barnets evne til å forklare og sette ord på følelser. Derimot virker visuelle virkemidler, både med og uten digitale innslag, å være utpreget formålstjenlig. Rasche mfl. (2017) forklarer hvordan det enkelte helsepersonell kan ha stor gevinst av egne fremgangsmåter, men at det må innføres slik at det gagnar alle, og systemet som helhet.

Problematikken på Barneposten hadde hatt særlig fordel av å i større grad ta i bruk spillifisering av aktiviteter, da det er et tydelig behov for en sterk integrasjonsfølelse for pasientene, samt å utvikle positive relasjoner (Sardi mfl., 2017). I de tilfeller hvor det benyttes narrative handlinger, som ved bruk av spill, er det demonstrert særlig positive effekter. Gjennom metodikken omgjøres krevende og unaturlige situasjoner til engasjerende og mindre anstrengende aktiviteter. Dette er i tråd med spillifisering, og illustrerer anvendelsen i situasjoner utenfor spillsammenheng (Sardi mfl., 2017).

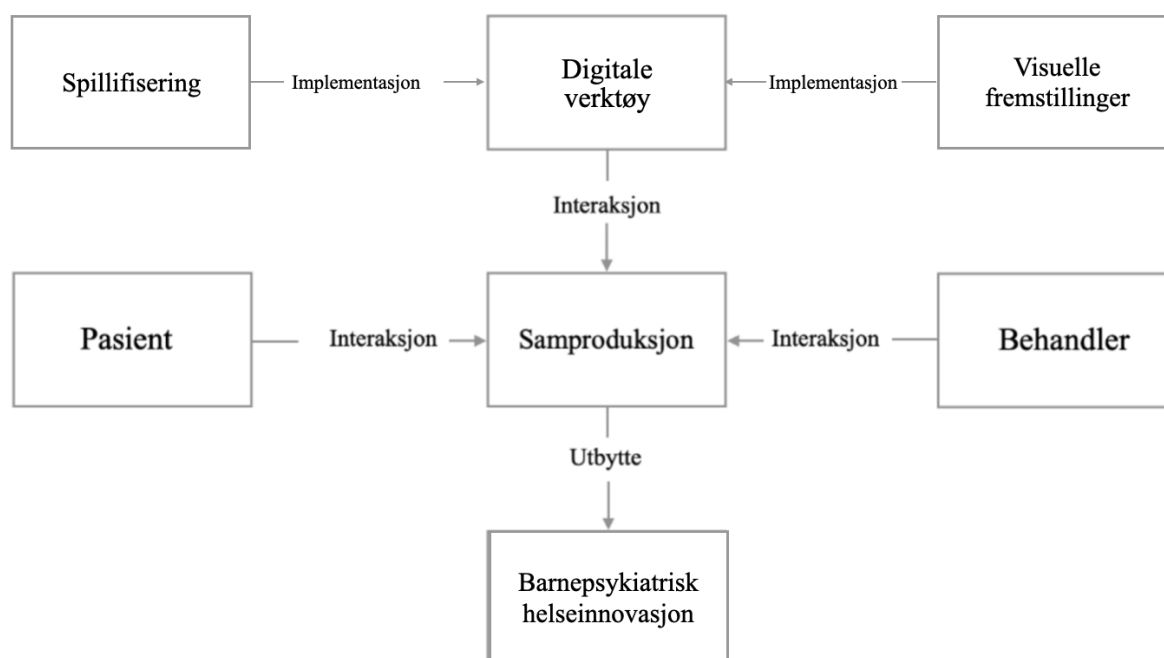
Å få innsyn i barnets følelseliv virker også å forenkles gjennom en digital tilnærming. For å sikre pasientinvolvering vil det være vesentlig å møte pasientene på deres egen arena. Dette er det digitale rommet særlig egnet for. Behandlere som er digitalt orientert og benytter dette som en del av relasjonsbyggingen med pasientene sine er betydelig suksessfulle på området. Dagens pasientgruppe er så teknologisk engasjert at det er behov for å søke mot digitale virkemidler for å kunne komme på et personlig nivå.

8.5 Anbefalt helseleveranseprosess med et tilpasset samproduksjonsrammeverk

En gjennomgående problematikk under dagens helseleveranseprosess på Barneposten er mangel på personifisert behandling og utredning. Dette medfører dårlige forutsetninger for barnet å ta del i egen prosess, samt å få innsikt i egen tilstand. Følgelig føler de en manglende kontroll på eget liv og en utrygghet. For å kunne sikre en pasientsentrert omsorgsmodell vil det derfor være vesentlig å i større grad informere pasientene på en

relaterbar måte, samt la dem ta del i utformingen av leveransen.

For å overvinne den tradisjonelle omsorgsmodellen vil digitalisering være en betydelig fasilitator. Det har blitt vist positiv effekt av å ta i bruk digitale verktøy i helsetjenester, særlig for barn og unge (Eichhorst mfl., 2017). Digitale verktøy fasiliterer bedre innsyn i barnets følelsesliv og en personifisert tilnærming. En betydelig fordel med digitale virkemidler er i følge Hollis mfl. (2017) måten de legger til rette for asynkron leveranse av tjenester. Dette er særlig formålstjenlig for Barnepostens pasientgruppe, da det er innlysende at de ønsker kommunikasjon på egne premisser. Figur 9 fremstiller samproduksjonsrammeverket fra Palozzi mfl. (2017) med mine tilpasninger til barnepsykiatrien.



Figur 9: *Samproduksjons-rammeverket tilpasset psykisk helsevern for barn*

Gjennom digitale verktøy blir personifisering av helsetilbud mer tilgjengelig (Hollis mfl., 2017). På denne måten kan viljen til behandling bli større, ved at det gis større innsikt i intensjonene bak innleggelsen. Samtidig vil kjernen av problematikken bli nådd på et tidligere stadium, og dermed forkortes oppholdet mellom diagnostisering og levering av behandling. Særlig narrative handlinger, som bruk av modeller og spill, har god effekt for utdrednings- og behandlingsformål, som demonstrert i caset Barneposten. Samtidig vil det være fordelaktig å i høyest mulig grad formidle informasjon gjennom visuelle fremstillinger. En språklig kommunikasjon vil alltid være nødvendig, men tegninger og

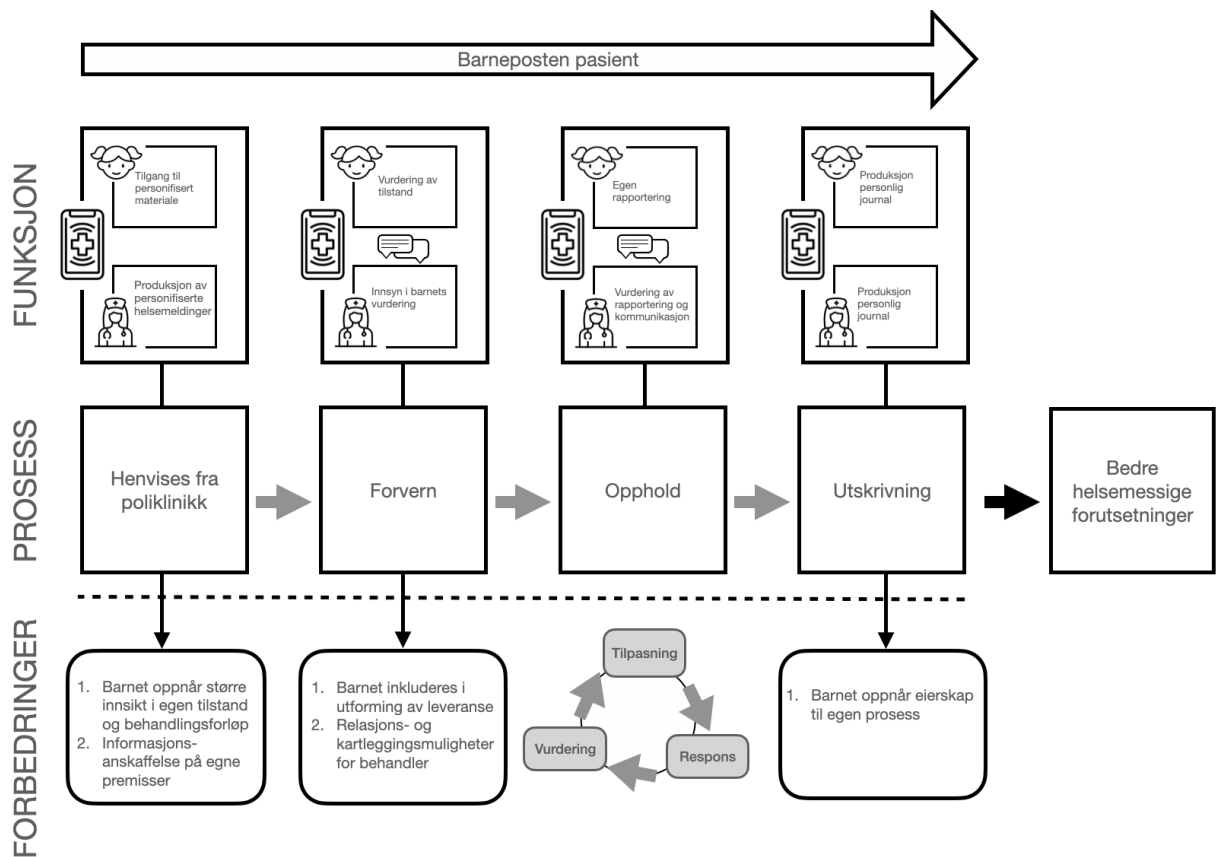
figurer vil konkretisere de særlig komplekse forholdene som er til stede i psykisk helsevern for barn.

Helsevesenet må i følge Ford mfl. (2017) forsøke å tilpasse seg eksisterende trender i markedet. I første omgang må dette være å tilby kundene nye gunstige løsninger for å håndtere egen sykdom (Palozzi mfl., 2017). En tydelig trend i underholdnings- og spill-sammenhenger er bruk av virtuelle profiler, ofte kalt avatarer. *Avatarer* vil være særlig formålstjenlig da de blir benyttet for å uttrykke sinnstemning og følelser. I senere år har det vært en fremtredende trend å benytte avatarer som avspeiler innehaveren. På denne måten får brukeren lage sitt eget virtuelle seg, og tilpasse utseende på figuren. Dette fører til en sterkere tilknytning til avataren og representerer brukeren på den digitale arena. Sardi mfl. (2014) trekker frem avatarbaserte fremstillingen som en særlig nyttig tilnærming til spillifisering. Bruk av avatarer vil følgelig være fordelaktig ved bruk av digitale helsekomponenter, særlig for barn og unge, og vil fasilitere muligheter for å uttrykke seg gjennom visuelle karakterer som speiler egne perspektiver. Avatarer vil dermed være en hensiktsmessig bruk av spillelementer, og vil sikre en personifisering og skreddersøm av leveransen (Hollis mfl., 2017).

Det vil være avgjørende å skape en felles plattform for behandlere, pasienter og pårørende. Dermed sikres et felles prosjekt og full innsikt på tvers av rollene. Ford mfl. (2017) legger vekt på at digitalisering ikke må erstatte det menneskelige grensenettet hvor det er nødvendig. Ved å bidra til et felles prosjekt med høy grad av gjensidig interaksjon vil den menneskelige kontakten bli opprettholdt. Samtidig er det betydelig at løsningen er kompatibel med tilgjengelige enheter. M-helse er særlig fordelaktig ved at løsninger vil være tilgjengelig til enhver tid. Dette blir av Hollis mfl. (2017) trukket frem som et særlig ønske fra unge brukere av digitale helseløsninger. Figur 10 illustrerer dermed den foreslåtte helseleveranseprosessen med anvendelse av det tilpassede samproduksjonsrammeverket, og følgelig implementeringen av digitale verktøy med prioritering av personifisering, narrative handlinger og hvor visuelle virkemidler i stor grad erstatter språklige.

Dagens helseleveranseprosess vil på den måten gjennom innføring av digitale komponenter gjennomgå en transformasjon i måten den leveres på, uten at kjernetilbudet endres, men møter pasienter på deres nivå. Følgelig vil det i større grad sikres et samarbeid mellom pasient og behandler, og en kontinuerlig utarbeidet leveranse. Hver fase vil videre

forklares, hvor fordeler og krav til funksjonalitet til det digitale verktøyet gjennomgås.



Figur 10: Helseleveranseprosess med samproduksjonstilnærming

8.5.1 Henvisning fra poliklinikk

En funksjonalitet som sørger for pasientopplysning og levering av personifiserte helsemeldinger vil danne et godt grunnlag for den videre pasientinvolveringen. Derfor vil barnets aktiviteter under fasen innebære å tilegne seg informasjon. Den digitale komponenten bør på sin side inneholde forhåndsdefinert materiale, bestående av illustrative elementer, som behandlere enkelt kan tilpasse den enkelte pasient. På denne måten vil barnet stille mer forberedt til den videre prosessen, og dermed ha bedre forutsetninger for å uttale seg om egne behov og ønsker. Samtidig vil det digitale komponenten fasilitere en tilgang til materiale som fører til en skreddersydd og asynkron leveranse.

8.5.2 Forvern

Forvernsfasen bør inneholde en høyere grad av interaksjon med pasienter, ikke kun gjennom foreldre. Det vil imidlertid være gunstig at dette foregår på barnets egne premisser, som den digitale arena vil fasilitere. Da barna ofte opplever direkte samtaler som konfronterende vil kommunikasjon ved bruk av telehelse være hensiktsmessig. På samme tid vil det i denne fasen være vesentlig å etablere forhold rundt barnets tilstand. For å oppnå pasientsentrering vil barnet måtte opptre som ekspert på egen situasjon. Gjennom spillfiserte elementer som avatarer og narrativ handling vil det legges til rette for deling av informasjon og refleksjon over egen tilstand på en engasjerende og relaterbar måte. Slik vil barnet selv ta del i utformingen av leveransen, og behandlere kan tilpasse seg barnets forventninger. Samtidig vil en asynkron kommunikasjonskanal kunne gjøre det mindre krevende for barnet å stille spørsmål til behandlere, og behandleres tilnærming kan oppleves mindre konfronterende.

8.5.3 Opphold

For å oppnå en sømløs leveranse kreves stadig utarbeiding av prosessen. Dette forutsetter på sin side en lavterskelaktivitet for pasienter å gi respons og tilbakemeldinger til egen behandling og forløp. Samtidig vil det være nyttig for barnet å kunne fortelle sin egen versjon av innleggelsen, da det har effekt på barnet å bli eksponert for og reflektere over egne omstendigheter. Ved å gi behandler innsikt i barnets egenproduserte materiale og rapportering vil det kunne sikres en sirkulær prosess, hvor leveransen stadig tilpasses pasientens opplevelser og behov. Det er grunnleggende at tilbakemeldingsfunksjonaliteten er tilpasset pasientgruppen, hvor språklige ferdigheter ikke kan være en forutsetning. Dette innebærer at tilgjengelig funksjonalitet må basere seg på tegning og bruk av avatarer, bilder og figurer. Følgelig stiller det krav til at også behandlere evner å kommunisere gjennom bruk av visuelle uttrykk.

8.5.4 Utskrivning

For at barnet skal oppnå eierskap til egen tilstand, og integrere den i egen livshistorie vil de tre faktorene *forklaring av kliniske forhold, personifisert materiale og sømløs leveranse*

være utslagsgivende. Den digitale komponenten vil dermed måtte legge til rette for at en forklaring av barnets sykdom og videre implikasjoner kan gis. Fortrinnsvis vil det være nyttig om barnet sammen med behandler utformer en personlig rapport av oppholdet og tilstanden, og på denne måten sikre et felles prosjekt. Dette vil gi barnet mulighet til å opptre som forfatter av egen historie. Samtidig vil det egenproduserte materialet være nyttig i inkluderingen av familie og andre i barnets prosess og opplevelser.

Gjennom en helseleveranseprosess med implementasjon av samproduksjonsrammeverket vil dermed barn i pasientrollen bli tilbudt nye måter for leveranse av omsorg, med særlig prioritering på pasientmessighet. De empiriske funnene knyttet opp til relevant teori illustrerer behov for endringer i omsorgsmodellen. Dette er også i tråd med Shaw mfl. (2018) sine antagelser om at innføring av digitale verktøy krever samtidig en transformasjon av leveranseprosess. Med hensyn til pasientrettighetsloven som adresseres i kapittel 4, vil ikke innføring av digitale verktøy kun være en klar fordel, men også et krav for å faktisk kunne sikre at rettighetene overholdes.

9 Avslutning

9.1 Konklusjon

For å besvare problemstillingen er leveranseprosessen til Barneposten kartlagt. Det har vært særlig fokus på pasienttilnærming og bruk av virkemidler. Samtidig har det under studien blitt forsøkt å adressere pasienters perspektiv gjennom inkludering av erfaringskonsulenter, konkret Helse Bergens Ungdomsråd. Gjennom innsamling av kvalitativ data har det dermed blitt avdekket forhold som avgjør hvorvidt barne- og ungdomspsykiatrien mestrer å inkludere pasienter under utformingen av leveransen. Det primære forskningsspørsmålet under studien var definert som:

Hvordan sikre eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess for barn under psykiatrisk behandling?

Det er i den sammenheng identifisert flere årsaker som avgjør grunnlaget for eierskap til egen helsetilstand blant barn i pasientrollen. Det viktigste elementet vil være hvorvidt det er gjennomført en tilstrekkelig pasientopplysning. For at et barn skal kunne forstå hensikten med en behandling er det grunnleggende med en viss innsikt i intensjonen bak. Basert på min studie finner jeg at forutsetningene som avgjør kvaliteten på informasjonsformidlingen er *foreldres formidlingsevner, behandlers bruk av visuelle virkemidler, og behandlers digitale tilnærming*. Disse faktorene avgjør hvorvidt det er gode forhold for barnet å tilegne seg informasjon, samt hvilke premisser som avgjør de ulike partenes egnethet. Følgelig er det krav til både foreldre og behandlere for at barnet skal anskaffe seg nødvendig informasjon på en relaterbar og forståelig måte.

Pasientopplysningen vil igjen påvirke grunnlaget til barnets *påvirkningsmulighet*. Et barns anledning til å uttale seg og ha innflytelse på egen helseleveranse er vesentlig for dets evne til å oppleve den som personlig og meningsfylt. Dette aspektet vil igjen avhenge av *barnets språklige og kognitive egenskaper, positive relasjoner og trygghet, og behandlers tilpasningsevner*. Dagens tilgjengelige virkemidler krever at barn har evne til å uttrykke seg språklig, samt forstå informasjon som blir gitt på samme måte. Samtidig er behandlers evne til å tilnærme seg barnet som et individ og vilje til å fremheve det som ekspert på

eget liv sentral. I tillegg er det vesentlig å skape de omstendighetene som er nødvendig for at barnet skal ha anledning til å uttale seg.

Påvirkningsmuligheter vil sammen med pasientutdannelsen være avgjørende for barnets anledning til å få eierskap til egen helsetilstand. Samtidig har det blitt kartlagt tre biårsaker som direkte påvirker oppnådd eierskap. *Forklaring av kliniske forhold, personifisert materiale og sømløs leveranse* vil på den måten styrke mulighetene for at barnet oppnår innsikt. Følgelig er det vesentlig at diagnosen og dens videre implikasjoner for barnets liv blir forklart på en relaterbar måte, konkret gjennom personifisert materiale. I tillegg vil flere isolerte elementer over barnets behandlingsforløp gjøre det vanskelig å lede det gjennom en enhetlig prosess, og gjøre det krevende å få et helhetsbilde av sykdomsbildet (Rasche mfl., 2017). Dermed kreves en sømløs og interagerende leveranse. For å møte forutsetningene om digitale og visuelle virkemidler, foreldres usikre formidlingsevner, samt det problematiske kravet om barns språklige egenskaper, vil det være hensiktsmessig å innføre et digitalt verktøy. Hovedfunksjonalitetene må bistå i å løse opp kommunikasjonsbarrieren mellom pasient og behandler, samt gjøre informasjon enklere tilgjengelig gjennom visuelle kommunikasjonsmidler. For å besvare hovedproblemstillingen ble det valgt å vektlegge tre underspørsmål. Ved sikring av pasienters eierskap til egen helstilstand er det viktig å tilrettelegge for samproduksjon, og derfor ble det første sekundære forskningsspørsmålet formulert som:

Hvordan tilrettelegge for samproduksjon i psykisk helsevern for barn og unge?

Samproduksjon er et viktig element i dagens tjenestesektorer (Osborne mfl., 2016). Særlig i helsevesenet vil det i følge Palozzi mfl. (2017) være avgjørende for å føre det over mot en pasientsentrert omsorgsmodell. Samproduksjon krever en aktiv pasient, og et gjensidig samarbeid mellom pasient og behandler (Palozzi mfl., 2017). For å oppnå dette i psykisk helsevern for barn og unge er det avgjørende med en kommunikasjonsarena hvor begge parter mestrer å opptre som ekspert på sitt felt - barnet som ekspert på eget liv, og behandlere som kliniske eksperter. Barn og unge behersker særlig den digitale arena, og empirien viser at de opplever det som positivt å bli tilnærmet gjennom den. Dermed vil en digital kanal med gjensidig tilgang være fordelaktig. For å oppnå en helseleveranse preget av samproduksjon er det samtidig avgjørende at den formes etter pasienters individuelle

behov (Rasche mfl., 2017). Dette avhenger dermed av at pasientene evner å uttale og formulere egne ønsker, samt oppnå innsikt i egen prosessen. I sammenhenger hvor det er snakk om unge pasientgrupper vil det på grunn av manglende språkferdigheter derfor være nødvendig med digitale verktøy som i høy grad benytter visuelle fremstillinger, samt skaper motiverende aktiviteter gjennom spillifisering. Det andre underspørsmålet ser følgelig på potensialet til digitale helseinnovasjon for å tilrettelegge for samproduksjon, og dermed sikre innsikt i egen helsetilstand.

Hvilket potensiale har digitale helseinnovasjoner for barn under psykiatrisk behandling?

Helseinnovasjoner skal være nyttig for alle involverte parter: pasienter, behandlere og systemet som helhet (Clack, 2017). I barnepsykiatrien vil det derfor være avgjørende å sikre en digital løsning som er rettet mot barn. Særlig spillifiserte elementer er relevant i sammenhengen, og er allerede etablert i flere metodikker ved utredning og behandling. Dette gjør i følge Sardi mfl. (2017) aktiviteter mer attraktive og underholdende, i tillegg har det gjennom studien blitt vist at det sørger for å skape en dypere relasjon mellom pasient og behandler. Digitale helseinnovasjoner kan samtidig fasilitere for større grad av personifisering av omsorgsprosesser. Dette behovet er illustrert som avgjørende for at barn under psykiatrisk behandling skal oppnå eierskap til egen helsetilstand, og er dermed betydelig nyttig i dette tilfellet. Endelig, for å sikre overgangen til digitale helseinnovasjoner bør selve helseleveransemodellen endres og bevege seg mot en pasientsentrert tilnærming (Shaw mfl., 2018). Derfor er det siste underspørsmålet definert som:

Hvordan kan psykisk helsevern for barn og unge etablere en pasientsentrert helseleveransemodell ved hjelp av digitale helseinnovasjon?

Studien har vist at gjennom innføring av digitale helseinnovasjoner vil dagens leveransemodell kunne bli transformert til en pasientsentrert helseleveransemodell. Det er gjennom kartlegging av behov og krav fra deltakerne i studien utarbeidet en forenklet prototype av et digitalt verktøy som kan møte problematikken på Barneposten. Det digitale verktøyet vil kunne bringe pasienten i fokus, og la den i større grad påvirke egen prosess. En særlig prioritert del av den pasientsentrerte omsorgsmodellen er samarbeidsbasert leveranse, samt en sirkulær prosess (Liedtke mfl., 2017). Gjennom en digital tilnærming

vil en leveranse i stadig utforming kunne oppnås ved en interaktiv prosess med spillifiserte og illustrative elementer. Dette vil føre til at pasientene i større grad blir myndiggjort, og ikke redusert til sykdomstilfeller.

9.2 Praktiske implikasjoner

Under studien har det vært et mål å bidra til bedriften Adfectus' videre planlegging og fokusområder. For at Adfectus skal lykkes med utvikling og innføring av et digitalt verktøy for bruk under psykisk helsevern for barn og unge må funnene i denne studien legge grunnlag for fremtidig arbeid. Dette handler i hovedsak om å benytte dem under utforming av hovedmål, brukerinvolvering og implementering.

9.2.1 Hovedmål

Verktøyet må legge vekt på å gi svar på de ønskede og forutsette effektene, som gjennomgått i kapittel 7. Dette innebærer å forbedre behandleres arbeidsrutiner gjennom enklere tilgang på pasienters perspektiver, sikre fremdrift i arbeidet, fasilitere for nye metoder og virkemidler i arbeidet, og nye muligheter for å evaluere eget arbeid. Fra pasientenes perspektiv må det legges til rette for en omfattende forberedelse og informasjonsformidling på en relaterbar måte. Dette for å skape forutsette og trygge omgivelser. Samtidig vil det være viktig å sørge for en asynkron leveranse, hvor pasienten selv styrer tid og sted for interaksjon med verktøyet. For å møte dagens utfordringer blir det avgjørende å sørge for funksjonalitet som sikrer bedre forutsetninger for formidling av egne perspektiver - gjennom visuelle fremstillinger og virtuelle karakterer. Sammen vil disse forutsetningene være utslagsgivende for en personifisert leveranse av omsorg, og dermed oppnådd eierskap blant barn i pasientrollen.

9.2.2 Brukerinvolvering

Det vil for Adfectus være nødvendig å videreføre et designvitenskapelig perspektiv, med høy involvering fra potensielle brukere. For å oppnå en fullverdig samproduksjonsprosess må digitale verktøy ikke kun være utviklet *for* pasienter, men *med* pasienter (Iyawa mfl., 2016). Dette innebærer at relevanssyklusen må gjennomføres i flere iterasjoner, nå

med grunnlag i tilbakemeldingene fra helsepersonell og erfaringskonsulenter. På grunn av unge menneskers altomfattende forbruk av digital teknologi, er det en generell antagelse at de vil være like entusiastiske mottakere av digitale helseløsninger (Hollis mfl., 2017). Denne antagelsen kan ofte føre til implementering av digitale helsetjenester uten at de blir testet. Samtidig har den sosiale stigmatiseringen knyttet til psykiske helseproblemer ført til at mange av strategiene som er brukt i tilrettelegging av psykiatrisk behandling blitt utviklet gjennom forskning som i liten grad benyttet pasientinvolvering (Alafaireet og Houghton, 2017). Denne problematikken må derfor tilnærmes gjennom å utvikle en løsning med tett brukerinteraksjon.

9.2.3 Implementering

Det har blitt vist gjennom analysen at dagens digitale komponent - det digitale helse-systemet - ikke er i tråd med en pasientsentrert tilnærming, og sørger for en tyngre arbeidsdag for helsepersonell. Denne problematikken antas å være knyttet til det faktum at personer utenfor det kliniske feltet utarbeider nye rutiner i helsesektoren. Dette fører til arbeidsprosesser som ikke svarer til behovet og feltet. Derfor vil det være sentralt for Adfectus å ta hensyn til disse forholdene, og sikre en implementering som ikke oppleves inntrengende og lite hensiktsmessig. Som studien har vist vil innføringen av digitale verktøy kreve en endring i helseleveranseprosessen. Derfor må også disse hensynene adresseres, og dermed vil den tilpassede helseleveranseprosessen med samproduksjonstilnærming være et viktig element i det videre arbeidet.

9.2.4 Andre praktiske implikasjoner

Funnene kan også være nyttig ved utarbeidelse av nye målsetting og strategiske planer for sykehus med hensyn til digitalisering av leveranseprosesser. I ytterste fall vil de kunne få betydning for politiske og regulatoriske instanser ved definering av krav og rettigheter for barn og unge under psykiatrisk behandling, men også for barn i andre sårbare livssituasjoner. Drøftelse og vurdering av funn opp mot teoretiske antagelser har dermed generert et bidrag som vil kunne benyttes ved utvikling og implementering av digitale tjenester generelt.

9.3 Teoretiske implikasjoner

Hensikten med studien har vært å bidra til utviklingen av dagens helseleveransprosess i psykisk helsevern for barn og unge, med et ønske om å møte den pasientsentrerte omsorgsmodellen. Det er lagt vekt på å utarbeide modeller som beskriver dagens og den forhåpentligvis kommende leveransen, med påvirkning fra digitale virkemidler og et samproduksjonsperspektiv. Samtidig har det blitt utviklet en modell som illustrerer forutsetninger for barn i pasientrollens oppnådde eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess. Dermed har samproduksjonsperspektivet blitt benyttet i en ny kontekst, ved psykiske lidelser hos barn.

Gjennom litteraturgjennomgangen ble det identifisert et kunnskapshull vedrørende digitale verktøys rolle i samarbeidet mellom pasient og behandler (Shaw mfl., 2018). Dette har jeg tilnærmet meg i studien, og har illustrert tydelige fordeler ved implementering av digitale helseinnovasjoner for å sikre samproduksjon i psykisk helsevern for barn og unge. Tett knyttet til denne problematikken har Shaw mfl. (2018) kartlagt manglende adressering av sammenhengen mellom produktinnovasjon og tjenesteinnovasjon. Studien gir et tydelig bidrag til området ved å forklare utformingen av et digitalt verktøy og dets funksjonalitet, og kombinerer dette med nødvendige endringer i leveranseprosessen ved innføring.

9.4 Studiens begrensninger

En tydelig begrensning ved studien er den manglende involveringen av barn i pasientrollen. Den begrensede tilgangen til gruppen gjorde det nødvendig å benytte erfaringskonsulenter ved Ungdomsrådet. Ungdomsrådet er ansett som en god erstatning til barn under psykiatrisk behandling, da de har nyttige og relevante synspunkt. Samtidig er aldersgruppen her noe høy i forhold til den primære målgruppen for Affectus og Barneposten. I tillegg representerer Ungdomsrådet pasienter med et vidt spekter av diagnoser, og det ble dermed ikke lagt vekt på psykiatriske pasienters særlige behov for visuelle kommunikasjonsmidler.

En annen problemstilling som har gitt studien avgrensninger er behovet for videoin-

tervju, hvor covid-19-pandemien har ført til begrensninger vedrørende interaksjon med prototypen. Det hadde samtidig vært fordelaktig om flere perspektiver ble inkludert i studien. I første omgang dreier dette seg om foreldre og pårørende, som har en viktig rolle i leveranseprosessen. I tillegg vil det vært nyttig å få inn administrative ledere i større grad, gjerne fra sykehusledelsen. Også politiske perspektiver ville vært relevant for å fått belyst lovverket og strategi i større grad.

9.5 Videre forskning

Ved en videre forskning ville det vært hensiktsmessig å sett på helseleveranseprosessen i ulike seksjoner. Dette kunne for eksempel dreiet seg om kartlegging av eventuelle forskjeller mellom somatisk og psykiatrisk behandling av barn og unge. Som empirien har vist er det samtidig tett tilknytning til andre instanser som NAV og Barnevernet. Det hadde dermed vært av interesse å se mot samspillet mellom de ulike delene, og barnets totale opplevelse med helseapparatet i krevende livssituasjoner.

Det kunne samtidig ha vært et bredere omfang ved å i større grad se mot hele leveranseprosessen for barn i psykisk helsevern, og inkludert poliklinikker og andre poster under seksjonen. I dette tilfellet ville en tilnærming til en sømløs leveranse i større grad blitt adressert. Som nevnt ovenfor ville en interaksjon med prototypen vært fordelaktig, og derfor ville et større fokus på de tekniske kravene og utforming blitt ytterligere adressert. En videre forskning ville også med fordel i større grad inkludert foreldre som respondenter, og adressert deres behov og utfordringer. Dette ville trolig gitt andre resultater enn det som har kommet frem under studien.

Referanser

- Abolade, T. & Durosinmi, A. (2018). The Benefits and Challenges of E-Health Applications in Developing Nations: A Review. *Proceedings of the 14th iSTEAMS International Multidisciplinary Conference, 14*, 37–44. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Alafaireet, P. & Houghton, H. (2017). Patient Driven Service Delivery Models in Mental Health Care. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 111–135). Springer International Publishing.
- Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. (2020). *Statusrapport 1: Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Oslo.
- Clack, L. (2017). Strategies with Service Business Model Innovation. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 21–30). Springer International Publishing.
- Dennis, T. & O'Toole, L. (2014). Mental health on the go: Effects of gamified attention-bias modification mobile application in trait-anxious adults [Hentet 28. april, 2021]. *Clinical Psychological Science, 2*, 576–590. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702614522228>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P. & Jaspersen, L. (2018). *Management Business Research* (6. utg.). Sage Publications.
- Eichhorst, S., Liese, K., Moder, S. & Möller, M. (2017). The Opportunities Offered by Digitizing Clinical Pathways. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 71–86). Springer International Publishing.
- Ford, G., Compton, M., Millett, G. & Tzortzis, A. (2017). The Role of Digital Disruption in Healthcare Service Innovation. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 57–70). Springer International Publishing.
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2019). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Helse Bergen. (u.å.-a). Behandlingsplan på post [Hentet 28. november, 2020].
- Helse Bergen. (u.å.-b). Forventingsavklaring [Hentet 28. november, 2020].

- Helse Bergen. (u.å.-c). Informasjonsskriv [Hentet 28. november, 2020].
- Helse Bergen. (u.å.-d). Planlegging og logistikk [Hentet 28. november, 2020].
- Helsedirektoratet. (2018). Rettigheter i psykisk helsevern for deg under 16 år [Hentet 17. mai, 2021]. <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rettigheter-i-psykisk-helsevern-for-deg-under-16-ar/Rettigheter>
- Hevner, A. & Chatterjee, S. (2010). Design Research in Information Systems. *Integrerte serier i Information Systems 22* (s. 9–22). Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5653-8_2
- Hollis, C., Falconer, C., Martin, J., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C. & Davies, E. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Iyawa, G., Herselman, M. & Botha, A. (2016). Digital health innovation ecosystems: From systematic literature review to conceptual framework. *Procedia Computer Science*, 100(2016), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.149>
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene* (1. utg.). N.W. DAMM SØN AS.
- Kuula, S. & Haapasalo, H. (2017). Continuous and Co-creative Business Model Creation. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 249–268). Springer International Publishing.
- Liedtke, D., Amgwerd, N., Wiesinger, O., Mauer, D., Westerhoff, C. & Pahls, S. (2017). The Integrated-Physician-Model: Business Model Innovation in Hospital Management. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 31–56). Springer International Publishing.
- Nøkleby, H., Berg, R., Muller, A. & Ames, H. (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt* (tekn. rapp.). Folkehelseinstituttet.
- Osborne, S., Radnor, Z. & Strokosch, K. (2016). Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639–653. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Palozzi, G., Binci, D. & Appolloni, A. (2017). e-Health and Co-production: Critical Drivers for Chronic Diseases Management. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service*

- Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 269–296). Springer International Publishing.
- Patwardhan, M., Stoll, R., Hamel, D., Amresh, A., Gary, K. & Pina, A. (2015). Designing a mobile application to support the indicated prevention and early intervention of childhood anxiety [Hentet 28. april, 2021]. *Proceedings - Wireless Health ACM*. <https://dl.acm.org/doi/epdf/10.1145/2811780.2811954>
- Pettersen, I. & Tørseth, T. (2020). Kvalitativ metode - Intervjuer [Hentet 25. november, 2020]. *INN522/MOØ223 Forskningsdesign og metode*. <https://hvl.instructure.com/courses/12521/files?preview=1113162>
- Pourabdollahian, G. & Copani, G. (2017). A New Perspective of Product-Service Business Models for Customized Manufacturing in Healthcare. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 87–110). Springer International Publishing.
- Rasche, C., Margaria, T. & Floyd, B. (2017). Service Model Innovation in Hospitals: Beyond Expert Organizations. I M. Pfannstiel & C. Rasche (Red.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management* (s. 1–20). Springer International Publishing.
- Realpe, A. & Wallace, L. (2010). What is co-production? [Hentet 17. november, 2020]. *The Health Foundation*. <https://www.webcitation.org/6a0y0Aclb>
- Reneflot, A., Aarø, L., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge (FHI januar 2018)* (tekn. rapp.). Folkehelseinstituttet.
- Sardi, L., Idri, A. & Fernández-Alemán. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. *Journal of Biomedical Informatics*, 71(71), 31–48. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2017.05.011>
- Seaborn, K. & Fels, D. (2014). Gamification in theory and action: A survey. *Int. J. Human-Computer Studies*, 74, 14–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2014.09.006>
- Selbekk, R. (2007). Bruk av metaforer: Et narrativt perspektiv på terapi. *Psykologtidsskriftet* (s. 1372–1377). Tidsskrift for Norsk psykologforening.
- Shaw, J., Agarwal, P., Desveaux, L., Palma, D., Stamenova, V., Jamieson, T., Yang, R., Bhatia, R. & Bhattacharyya, O. (2018). Beyond “implementation”: digital health

- innovation and service design. *npj Digital Medicine*, 48. <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0059-8>
- Skålevåg, S. (2019). Psykiatriens historie. I Store Medisinske Leksikon [Hentet 14. april, 2021]. https://sml.snl.no/psykiatriens_historie
- Sommerschild, H. & Moe, E. (2005). *Da barnpsykiatrien kom til Norge* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Surén, P., Furu, K., Reneflot, A., Nes, R. & Torgersen, L. (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge (FHI Folkehelse rapporten mai 2018)* (tekn. rapp.). Folkehelseinstituttet.
- Thorsen, P. (2019). Safe and Better Communications with Personalized Visual Information - Making information understandable, motivating and engaging! [Hentet 25. november, 2020].
- Trott, P. (2017). *Innovation Management and New Product Development* (6. utg.). Pearson Education Limited.
- World Health Organization. (u.å.). Improving the mental and brain health of children and adolescents [Hentet 11. desember, 2020]. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications* (6. utg.). Sage Publications.

Intervjuguide

Behandlere og miljøterapeuter

1) Introduksjon til studien

- Hensikt med studien og intervjuet
- Gjennomføring
- Rettigheter

2) Personlig informasjon

- Bakgrunn, utdanning
- Rolle, arbeidsoppgaver
- Arbeidsdag

3) Samtalebasert intervju

1. Rutiner og verktøy i arbeidet
2. Egne digitale vaner og tilnærming
3. Barns digitale vaner og endringer
4. Informasjonsformidling til barn i pasientrollen
5. Barns påvirkningsmuligheter
6. Personifisert behandling
7. Leveransemodell

4) Visuelt basert intervju

- Funksjonalitet og krav
- Potensiell effekt for deg
- Potensiell effekt for pasienter

5) Avslutning

- Ting å tilføye/endre på?
- Videre prosess med intervjuet, innsyn i sitater

Intervjuguide

Gruppeintervju

1) Introduksjon

- Hensikt med studien og intervjuet
- Gjennomføring
- Rettigheter

2) Om Ungdomsrådet

- Hensikten med rådet
- De forskjellige medlemmene
- Inngang i rådet

3) Samtalebasert intervju

1. Digitale vaner hos barn og unge
2. Pasienters innsikt i behandling
3. Påvirkningsmulighet
4. Behandlers tilnærming
5. Virkemidler i behandling

4) Visuelt basert intervju

- Funksjonalitet og krav
- Potensiell effekt for din prosess
- Effekt for fremtidige pasienter

5) Avslutning

- Ting å tilføye/endre på?
- Videre prosess med intervjuet, innsyn i sitater

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Digital mental helse hos barn – Verktøy for å bedre pasienters eierskap til eget sykdomsforløp»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan barn kan få et bedre forhold til egen sykdom og behandling ved bruk av illustrasjoner og personlige avatarer i mobilapplikasjon, og hvordan behandlere kan kommunisere bedre med barn gjennom den. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et masterprosjekt ved masterprogrammet «Innovasjon og entreprenørskap», Høgskulen på Vestlandet. Samproduksjon er blitt en viktig del av det moderne helsevesenet. Pasienter har gått fra en passiv mottaker av sykdomsbehandling, til å selv være med og forme helsetjenester. Særlig digitale verktøy har spilt en viktig rolle for å tilrettelegge for pasienter og pårørendes tilgang til informasjon og påvirkning på eget sykdomsforløp. Samtidig er det blitt identifisert problematikk knyttet til barn og deres mulighet for å ta del i utforming av egne helsetjenester, og da særlig barn med en psykiske vansker. Språklig formidling i psykisk helsevern for barn strekker ikke til, og det oppstår en kommunikasjonsbarriere mellom pasient og behandler.

For å møte denne problematikken vil det søkes å kartlegge hvordan digitale verktøy kan bidra til å fjerne barrieren, og påfølgende hvordan barn kan oppnå eierskap til egen sykdom og sykdomsforløp gjennom samproduksjon.

Forskningsspørsmålet vil være:

Hvordan sikre eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess for barn under psykiatrisk behandling?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Med som samarbeidspartner er Helse Bergen HF – Haukeland universitetssykehus, ved seksjonsoverlege på Barneposten, Paul Joachim Bloch Thorsen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved implementasjon av digitale verktøy er det sentralt å inkludere alle parter som kan være med å påvirke, eller blir påvirket av innføringen. Derfor vil det være viktig at behandlere, som direkte brukere, omfattes i studien.

Utvalget er basert på behandlere tilknyttet Barneposten HUS, og det er i den sammenheng du blir kontaktet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta på et personlig intervju, med varighet på ca. 60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om din bakgrunn og utdanning, stilling, hvordan du opplever kommunikasjonsflyten mellom deg som behandler og pasienter, og på hvilken måte du tilrettelegger for samproduksjon. Dine svar fra intervjuet vil bli registrert elektronisk

Under intervjuet vil det tas lydopptak og notater ved din tillatelse. Notatene vil transkriberes i ettertid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Ved Høgskulen på Vestlandet vil kun de involverte i masterprosjektet har tilgang til opplysningene. Dette innebærer ansvarlig student og veiledere. Dine personopplysninger vil ikke bli lagret sammen med navn og kontaktopplysninger, men med en koblingsnøkkel over en skyløsning der kun prosjektansvarlige har tilgang.

Publikasjonen av masteroppgaven vil ikke inneholde ditt navn eller andre kontaktopplysninger, kun uttalte meninger innsamlet gjennom intervjuet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene dine, lydopptak og annen informasjon vil bli slettet ved prosjektslutt, noe som etter planen er 01.10.21

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved
Natalia Mæhle: 958 99 871, Natalia.Mehle@hvl.no
Randi-Marie Pedersen: 950 64 545, randimariesev@hotmail.com
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Natalia Mæhle

Randi-Marie Pedersen

Natalia Mæhle
(Forsker/veileder)

Randi-Marie Pedersen

Samtykkeerklæring

Jeg/vi har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Digital mental helse hos barn og unge*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg/vi samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker/foresatt, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Digital mental helse hos barn – Verktøy for å bedre pasienters eierskap til eget sykdomsforløp*»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan barn kan få et bedre forhold til egen sykdom og behandling ved bruk av illustrasjoner og personlige avatarer i mobilapplikasjon, og hvordan behandlere kan kommunisere bedre med barn gjennom den. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et masterprosjekt ved masterprogrammet «Innovasjon og entreprenørskap», Høgskulen på Vestlandet. Samproduksjon er blitt en viktig del av det moderne helsevesenet. Pasienter har gått fra en passiv mottaker av sykdomsbehandling, til å selv være med og forme helsetjenester. Særlig digitale verktøy har spilt en viktig rolle for å tilrettelegge for pasienter og pårørendes tilgang til informasjon og påvirkning på eget sykdomsforløp. Samtidig er det blitt identifisert problematikk knyttet til barn og deres mulighet for å ta del i utforming av egne helsetjenester, og da særlig barn med en psykiske vansker. Språklig formidling i psykisk helsevern for barn strekker ikke til, og det oppstår en kommunikasjonsbarriere mellom pasient og behandler.

For å møte denne problematikken vil det søkes å kartlegge hvordan digitale verktøy kan bidra til å fjerne barrieren, og påfølgende hvordan barn kan oppnå eierskap til egen sykdom og sykdomsforløp gjennom samproduksjon.

Forskningsspørsmålet vil være:

Hvordan sikre eierskap til egen helsetilstand og leveranseprosess for barn under psykiatrisk behandling?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Med som samarbeidspartner er Helse Bergen HF – Haukeland universitetssykehus, ved seksjonsoverlege på Barneposten, Paul Joachim Bloch Thorsen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved implementasjon av digitale verktøy er det sentralt å inkludere alle parter som kan være med å påvirke, eller blir påvirket av innføringen. Derfor vil det være viktig at tidligere pasienter, med erfaringer rundt opplevelser knyttet til eierskap til egen sykdom og muligheten for å påvirke egen behandling, omfattes i studien. Som medlem av Ungdomsrådet vil du kunne ha viktig innsikt i hvordan barn og unge opplever pasientrollen, og det er i den sammenheng du blir kontaktet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta på et gruppeintervju, med varighet på ca. 90 minutter. Her vil du delta sammen med andre fra Ungdomsutvalget, og vi ønsker at dere skal diskutere spørsmål som handler om hvordan dere opplevde pasientrollen, og deres digitale vaner. Svarene vil ikke bli knyttet til hver enkelt, men gruppen som helhet, og vil bli registrert elektronisk. Under intervjuet vil det tas lydopptak og notater ved tillatelse. Notatene vil transkriberes i ettertid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Ved Høgskulen på Vestlandet vil kun de involverte i masterprosjektet har tilgang til opplysningene. Dette innebærer ansvarlig student og veiledere. Dine personopplysninger vil ikke bli lagret sammen med navn og kontaktopplysninger, men med en koblingsnøkkel over en skyløsning der kun prosjektansvarlige har tilgang.

Publikasjonen av masteroppgaven vil ikke inneholde ditt navn eller andre kontaktopplysninger, kun uttalte meninger innsamlet gjennom gruppeintervjuet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene dine, lydopptak og annen informasjon vil bli slettet ved prosjektslutt, noe som etter planen er 01.10.21

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved

Natalia Mæhle: 958 99 871, Natalia.Mehle@hvl.no

Randi-Marie Pedersen: 950 64 545, randimariesev@hotmail.com

- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Natalia Mæhle

Randi-Marie Pedersen

Natalia Mæhle
(Forsker/veileder)

Randi-Marie Pedersen

Samtykkeerklæring

Jeg/vi har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Digital mental helse hos barn og unge*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg/vi samtykker til:

- å delta i dybdeintervju

Jeg samtykker til at mine/mitt barns opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker/foresatt, dato)

Informasjon til barn som skal komme til Barneposten

Når du leser dette er det nok fordi du har fått vite at BUP og foreldrene dine har tenkt at du og en eller begge av foreldrene dine skal legges inn på Barneposten. Da er du sikkert veldig spent, kanskje litt nevøs, kanskje glad eller kanskje sint hvis du er helt uenig i dette og så har du sikkert mange spørsmål du vil ha svar på. Her har vi prøvd å gi svar på noen av de tingene du lurer på.

Hva er Barneposten?

Barneposten er en avdeling på Haukeland sykehus. Den er annerledes enn sånn man kanskje forestiller seg at det er på sykehuset. På Barneposten går de som jobber der med vanlige klær, rommene ser ut som vanlige rom, med vanlige senger og møbler. Alle barn som er på Barneposten har med seg en av foreldrene under hele innleggelsen. Ofte bytter mamma og pappa på å være sammen med deg, noen ganger er det pappa som er der hele tiden og noen ganger er det mamma. Dette kommer an på hvordan din familie er og hva som fungerer for dere.

Hvorfor kommer barn til Barneposten?

Det er ulike grunner til at barn kommer til Barneposten. Det barna her ofte har til felles er at det er noe i livet som er strevsomt og har vært det en stund. Som regel har barnet og foreldrene hatt kontakt med BUP for å få hjelp, uten at det har hjulpet nok. Da har BUP tenkt at det kan være lurt at barnet og foreldrene får hjelp på Barneposten og foreslått for foreldrene dine og deg at de skal spørre om en innleggelse på Barneposten.

Alle barn som kommer til Barneposten er forskjellige – både inni seg og utenpå, sånn som alle andre mennesker. Her er likevel noen eksempler på hva barn som kommer til Barneposten kan streve med:

Noen barn strever mest hjemme i familien, noen barn synes det går fint hjemme, men at skolen er veldig vanskelig. For andre er det omvendt, skolen går greit, men hjemme er det vanskelig.

Følelsene våre har vi fordi de gir oss og de rundt oss viktige beskjeder om hva vi trenger. Noen ganger er det likevel sånn at følelsene blir veldig sterke veldig fort, eller at følelsene bare varer og varer og det tar lang tid før de går over. Det kan være strevsomt både for den som har det sånn og for de rundt som gjerne vil hjelpe, men ikke helt vet hvordan.

De aller fleste barna som kommer til Barneposten strever med følelsene og tankene sine på ulike måter og foreldrene vil så gjerne hjelpe med vet ikke helt hvordan.

Noen kan av barna som kommer på Barneposten opplever at de blir så sinte at de mister kontrollen. Sinne en normal følelse som skal hjelpe oss å forsvare oss selv eller sette sunne grenser. Hvis sinnet gjør at man mister kontrollen over seg selv og gjør ting som å true, sparke, slå eller ødelegge ting. Og det skjer igjen og igjen uten at det egentlig er det man vil. Er det veldig slitsomt og fortvilende. Etterpå så angreer man kanskje, eller skammer seg. Selv om man kanskje har bestemt seg for at det ikke skal skje igjen, så gjør det gjerne det. Til slutt har det kanskje skjedd så mange ganger at man mister litt troen på at det kan bli bedre og at noen kan hjelpe. Foreldrene vil gjerne hjelpe, men vet ikke helt hvordan og mange ganger kan det være at de ender opp med å bli strenge og kjefte. Det er

vondt både for barn og foreldre å ha det sånn. Det kan også gjøre det vanskelig å være på skolen, fotballen eller med venner.

Noen barn som kommer til barneposten har mye uro inni seg og synes det er veldig vanskelig å sitte stille og konsentrere seg. Det kan gjøre at skolehverdagen blir veldig kjedelig og slitsom, kanskje de voksne ikke helt forstår hvordan det er å ha det sånn, og så opplever du det kanskje som at de maser og kjefter fordi de tror det skal hjelpe deg til å sitte stille og jobbe med skolearbeid. Hjemme blir det kanskje krangling og diskusjon når du skal gjøre lekser. Det er slitsomt å ha det sånn og det kan gjøre at barn ikke vil gå på skolen fordi de føler at de ikke får det til.

Noen barn som kommer til Barneposten er redde og engstelige. Det å være redd er en helt normal følelse å og redsel hjelper oss gjennom å beskytte oss mot fare. Hvis man der imot er mye og ofte redd og engstelig og det gjør at man ikke tør å være med på ting som andre barn på ens egen alder er med på – for eksempel; være på skolen, snakke med mennesker utenfor familien, sove i sin egen seng om natten, dra på overnattingsbesøk eller hvis man bekymrer seg og grubler mye over ting som kan gå galt at man blir sliten av det, er det lurt at både barnet og foreldrene får hjelp til dette.

Noen av barna som kommer til Barneposten er triste og føler at alt er håpløst. Det å være trist er også helt normalt og forteller oss og de rundt oss at vi trenger trøst. Hvis tristheten der imot bare varer og varer og at de tingene som før gjorde at man ble glad ikke lenger gjør at man blir glad, det har vært sånn lenge trenger barn og foreldre hjelp for å få det bedre.

Noen av barna som kommer til Barneposten har opplevde at foreldrene krangler mye eller oppfører seg på måter som er skremmende. Noen av barna har opplevd skremmende ting utenfor familien. Ofte så prøver man da hardt å la være å tenke på det som har skjedd, uten at det er så veldig lett, man er kanskje mye redd og urolig i kroppen, strever med å sove godt om natten og opplever at det er vanskelig å stole på andre mennesker.

Noen barn som kommer til Barneposten har det sånn at det ikke bare er en ting som er vanskelig, men flere ting samtidig. Kanskje er det sånn at man både er redd og sint, strever både på skolen og hjemme. Noen ganger kan det også være sånn at det er vanskelig å vite akkurat hva som er vanskelig og når de voksne spør hva som er galt, svarer barna «vet ikke» fordi det ikke er så lett å vite akkurat hvordan man har det og hvorfor man har det sånn.

Hvordan ser det ut:

På barneposten er det plass til 6 barn og 6 foreldre samtidig. Rommene ligger på rekke og rad nedover en lang gang, i tillegg er det to stuer og en spiserom/stue. I stuene er det forskjellige leker (lego, spill m.m), og TV. Vi har også playstation med ulike spill som du kan lage avtale om å bruke.

Alle barn får sitt eget rom med to senger, en til deg selv og en til den som bor sammen med deg på Barneposten (som regel mamma eller pappa). Alle rommene har eget bad. På Barneposten spiser man måltidene sammen i spisestuen. Maten kommer fra det store kjøkkenet på Sykehuset.

Hvem jobber på Barneposten og hva gjør vi?

På Barneposten jobber det ulike mennesker som kan ulike ting, alle har det til felles at de liker og har lang erfaring med å jobbe med å hjelpe barn, foreldre og familier. På Barneposten får du ditt eget «team» - som er de som skal være mest sammen med deg. Teamet består av en behandler, to miljøterapeuter og en lærer fra sykehusskolen. En behandler er enten en psykolog eller en lege som er spesialist på å jobbe med barn og familier. Miljøterapeutene har forskjellig utdanning, noen er for

eksempel sykepleier, noen vernepleier og noen er førskolelærere. Teamet ditt sin oppgave er å hjelpe deg, foreldrene dine og BUP å prøve å finne ut hva som er strevsomt for deg, hvordan mamma eller pappa best kan hjelpe deg, hva du trenger for å få det bra i livet ditt. For å kunne gjøre det på en bra måte må vi bli kjent med deg og foreldrene dine, både gjennom å være sammen, gjøre ting sammen og snakke sammen de ukene du skal være på Barneposten. Teamet ditt samarbeider også med skolen din hjemme.

Hva gjør man når man er på Barneposten:

Når du er innlagt på Barneposten kommer du som regel på mandagen og drar hjem til lunsj på fredag. Hver uke blir det laget en ukeplan, hvor dine og forelderen din sine avtaler står. Disse avtalene kan for eksempel være samtaler med oss som jobber her, ulike aktiviteter som vi har laget avtaler om (enten ute eller inne). Utenom dette går du på skole på Sykehuskolen om formiddagene. Om ettermiddagen lager vi sammen en plan for aktiviteter som du liker- det kan for eksempel være turer i nærområdet, noen ettermiddager kan vi bruke gymsalen, svømmebassenget og VR-rommet., eller det kan være at en spiller kort, ser film eller finner på andre aktiviteter inne på Barneposten.

Hvordan er dagen på Barneposten

Dagen på Barneposten begynner med fellesfrokost kl. 08.30. Skolen begynner kl. 09.00.

Det er skole frem til lunsj (med mindre du har egne avtaler på ukeplanen din), kl. 12-12.30 er det lunsj som du spiser nede på Barneposten sammen med den av foreldrene dine som er sammen med deg. Litt avhengig av hvilken klasse du går i er det videre skole etter lunsj. Når skolen er ferdig har du og forelderen din litt egentid etter skolen og frem til middag kl. 16.00. da kan dere selv bestemme hva dere har lyst å gjøre eller om dere bare vil slappe av på rommet. Etter middag er det som regel en planlagt aktivitet på ukeplanen, den miljøterapeuten som er med dere den dagen er med på denne aktiviteten. Klokken 19.30 er det felleskveldsmat.

Sykehuskolen

Sykehuskolen ligger i etasjen over Barneposten. Der går du på skole sammen med de andre barna som er på Barneposten samme periode som deg. Skolen er nok litt annerledes enn det du er vant til fra hjemmeskolen din. Her er det en liten klasse og det er flere lærer per elev. I tillegg til fag som norsk og matte er det på sykehuskolen vanlig å ha gym, svømming, mat og helse og kunst- og håndverk hver uke. Om onsdagen er det turdag.

Hvilke regler gjelder på Barneposten?

Den tiden du er på Barneposten er det sånn at den av foreldrene dine som er sammen med deg er den som passer på deg, bestemmer hva du får lov til og ikke, eksempelvis hvor mye skjermtid du får, hvilke spill eller filmer du får se, hvor tid du må legge deg om kvelden –sånn som det pleier å være hjemme. I tillegg har vi noen regler på Barneposten som er viktig at du og foreldrene dine vet om. Det er ikke lov å bruke mobil eller andre skjermer i fellesrommene (bare på deres eget rom), hvis barna vil besøke hverandre på rommet må alltid en voksen være med, i tillegg må alle, både voksne og barn vaske hendene sine

Noen ganger skjer det at barn blir så sinte eller redde mens de er innlagt på Barneposten at de slår, truer, sparker eller ødelegger ting. Da vil den foreldrene din som er sammen med deg prøve å hjelpe å roe deg ned. Hvis ikke det går, må de som er på jobb prøve å hjelpe deg med dette. Noen ganger er det så vanskelig for barn å roe seg ned at de som jobber her kan bli nødt til å holde barn fast for at de ikke skal skade seg selv eller andre. Vi vil alltid helst at barn skal klare å roe seg uten å bli holdt fast, men noen ganger er det nødvendig. De som var på jobb vil alltid snakke med deg og forelderen din underveis og etterpå når det har roet seg.

Det er ikke så ofte dette skjer, og det er kanskje ikke sånn at det er noe du tror kommer til å skje med deg, men det kan uansett være greit å vite hvis du skulle se at det skjer med noen av de andre barna mens du er innlagt på Barneposten.

Du er veldig velkommen på besøk til oss før innleggelsen. Det er noe mamma eller pappa kan avtale med oss om.

Vi ser frem til å bli kjent med deg og foreldrene dine!

Hilsen oss på Barneposten

Avklaring av forventninger til opphold på Barneposten

Barnets navn:		Fødselsdato:	
----------------------	--	---------------------	--

Dette er et skjema for å avklare Henviser, Foreldre/omsorgsgiver og Barnets forventninger/mål. Det er viktig at **alle** har fått god informasjon om Barneposten og hva en innleggelse på barneposten vil si før han/hun konkretiserer bestillingen, slik at forventningen blir så realistisk som mulig. Dersom det er flere mål/forventninger bør disse prioriteres.

Henvisers forventning:

Fylles ut på Forvernsrådet av henviser.

Ble forventningene til oppholdet innfridd: (Skåres av Henviser på Utskrivingsmøtet)



Foreldres/omsorgsgivers forventning:

Dette skal besvares på Forvernsrådet eller ved innkomstsamtale. Fylles ut av foreldre/omsorgsgiver.

Jeg/vi er **godt informert** om hvorfor er på Barneposten...

Jeg/vi har **ingen** forventning/mål for innleggelsen.....

Ble forventningene til oppholdet innfridd: (Skåres av Foreldre/omsorgsgiver siste uken)



Barnets forventning:

Fylles ut første uken av **barn** i samarbeid med miljøkontakter og evt. foreldre.

Jeg **forstår hvorfor** jeg er på Barneposten.....

Jeg synes **det er greit** å være på Barneposten.....

Jeg har **ingen** forventning/mål for innleggelsen.....

Ble forventningene til oppholdet innfridd: (Skåres av barnet siste uken)

