

# JUBILEUMSSKRIFT

## BUP 50 år

1968–2018



Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk,  
Divisjon Psykisk Helse, St. Olavs Hospital HF

# Innhold

Innledning .....	3
Historisk oversikt 1968–2018 .....	4
Historien .....	7
Presentasjon av lederne ved klinikken .....	18
Fra teori til empiri .....	28
Universitetsfunksjoner .....	30
Forskning og fagutvikling .....	32
Lærings- og mestringssenteret .....	33
Lianvatnet skole 1970–2018 .....	34
RBUP/RKBU .....	36

Avslutning

# Innledning

I dette jubileumsskriftet vil jeg ta dere med på en reise tilbake til fagets og til BUPA/BUP klinikk sin første start, for deretter å fortsette inn mot nåtid – i et forsøk på å skape oversikt over klinikkens 50-årige historie. Jeg innser at oppgaven er stor, og går til verket med ærefrykt. Jeg har et sterkt ønske om å lykkes i å gi et mest mulig fullstendig og rettferdig bilde av 50-åringen!



*Møyfrid Breivik,  
fagrådgiver*

Heftet har også innlegg av nåværende og tidligere avd.ledere, av en tidligere poliklinikkleder, samt presentasjon av vår egen Enhet for fagutvikling med Lærings- og mestringssenter, og av to av klinikkens viktigste samarbeidspartnere. Mange flere kunne vært representert, men omfanget ville da blitt for stort.

Oppgaven å oppsummere historien er utfordrende: BUPA/BUP klinikk har gjennom disse 50 årene vokst og vokst og vært gjennom mange ulike endringsprosesser. Flerfoldige tusen barn og unge og deres familier har fått hjelp i BUP, samtidig som organisasjon, sykdomspanorama og behandlingstilbud har vært i pulserende endring og utvikling. Viktige vegvalg er tatt – valg gjort i tiden, ut fra tilgjengelig kunnskap og ut fra ytre føringer – og en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk er blitt til! Dagens klinikk er i stor grad skapt av de ansatte opp gjennom årene. Den som i dag vurderer ut fra vår tids virkelighet og situasjon kan nok mene at en del valg burde vært gjort annerledes. Men det er viktig å ikke glemme at BUPA/BUP gjennom alle år har hatt samme målsetting: «God psykisk helse for barn og unge».

Mange, mange har vært med og skapt klinikken og preget BUP sin historie – mange flere enn de som er nevnt burde hatt sine navn i dette heftet. Men da historien er lang og stofftilfanget stort har jeg sett meg nødt til å gjøre et utvalg. Jeg innser selvfølgelig at mange med tilknytning til klinikken kan være uenige i mine valg, og mange vil trolig savne akkurat SIN periode

og det stoffet nettopp DE er interessert i.

Jeg vil også presisere at noe av tallmaterialet jeg presenterer kan være uriktig, alt er ikke like tydelig presentert i de kildene jeg har hatt tilgang på. Det har også vært lett å gå seg vill i alle tall og statistikker.

I årenes løp har mange startet yrkeslivet sitt i BUP, og mange har sluttet av her. Noen var i full aktivitet da de brått gikk ut av tiden, andre har fått nedtrapping og en mer gradvis og forberedt avslutning. Mange har tatt kunnskap og erfaringer fra klinikken med seg i sin videre karriere, ofte til glede og nytte for barn og unge i andre sammenhenger.

Mange, mange bidrar – og har bidratt – til å skape historien. På vegne av klinikken: en stor **TAKK** til alle!

Min overbevisning er at bakteppe og historie er viktig og nødvendig for å forstå dagen i dag, og for å kunne være aktivt deltakende i å skape framtida. Og samtidig som det er nyttig å se bakover og trekke lærdom, er det også viktig på en 50-årsdag å rette blikket fram og ut.

**Så kom og bli med meg på reisen ...**

# Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling – Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk

## Historisk oversikt 1968–2018

- 1960** Planlegging av et barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud for Trøndelagsfylkene starter.
- 1968** Åpning av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) 01.10.68 (avdeling ved RIT/ Regionsykehuset i Trondheim).
- 1969** Ny avd. overlege: Peter C. Kreyberg
- 1970** Oppstart av Skoleavdeling og Daghospitalet.
- 1971** Familiepaviljongen åpner.
- 1972** Start av Skolemodningsgruppa.
- 1980** Omorganisering: BUPA deles, en avdeling på Haukåsen og en avdeling i Eirik Jarlsgt på Øya. Planlegging av ny ungdomsavdeling starter.
- 1986** BUPAs ansvarsområde endres til å omfatte bare Sør-Trøndelag fylke, da Nord-Trøndelag oppretter eget tilbud.
- 1997** Eget datasystem tas i bruk av kontortjenesten.
- 1989** Ny avd. overlege: Sigrun O. Vilsvik  
Omorganisering: Sammenslåing til en avdeling på nytt, med en Barneseksjon og en Ungdomsseksjon.
- 1990** Åpning av ny Ungdomsavdeling, «Døgnposter for ungdom». Skoleavdelingen åpner ny ungdomsskole.
- 1992** Ny avd. overlege/klinikksjef: Marit S. Indredavik  
Omorganisering i fylket, BUPA overføres fra RIT til PST (Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester) og får navnet BUP klinikk. Daghospitalet endres til Småbarnsposten (familietilbud barn 0–3 år).
- 1993** Omorganisering: klinikken organiseres i 3 avdelinger: Poliklinikk, Familieavdeling, Ungdomsavdeling.  
Innføring av ventelister i poliklinikkene.  
BUP 25 år.
- 1994** Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri (RBUP) opprettes i Helseregion IV.
- 1995** Småbarnsposten og Førskoleposten slås sammen.
- 1996** Førskoleposten nedlegges (pga få henvisninger).

- 1997** Åpning av ny poliklinikk i Orkdal.  
Bup-data innføres som journalsystem.  
Ventelisteforskrift.  
Oppsummering «Bjugn-saken». Bokutgivelse: «Kan vi forstå? Barnepsykiatriens arbeid i Bjugn-saken.» (red: Møyfrid Breivik, Marit S. Indredavik, Jon Aarseth)
- 1998** Doculive tas i bruk.  
Innføring av teamledere i poliklinikk Eirik Jarlsgt.  
Opptrappingsplan i psykiatri (St.t.prop 63/St.melding 25): Krav om 5% dekningsgrad 0-18 år innen 2005 (senere satt til 2006/2007). Tilføring av ressurser, nye fagstillinger.  
30 års-jubileum med oppsummering i «Jubileumsskrift»!
- 1999** Ny klinikk sjef: Thomas Jozefiak
- 2000** Forskningsklinikk opprettes (Webster-Stratton: «De utrolige årene»).  
Trondheims-poliklinikken i Eirik Jarlsgt. flytter til Klostergata 46.
- 2001** Enhetsoverbyggende fordypningsgrupper/nettverksgrupper/spesialteam opprettes (Nevropsykiatri – Familierapi – Tidlig intervensjon – Flyktninger).  
Ny utviklingsplan for BUP i Sør-Trøndelag.  
«Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker» utgis og blir retningsgivende.  
Poliklinikken i Klostergata intern strategidugnad pga lange ventelister.
- 2002** Ny avd.sjef: Odd Sverre Westbye  
PEFF opprettes for 3 år.  
Nasjonal Helseforetaksreform: RIT endres til St. Olavs Hospital HF (BUP ut av PST og inn i St. Olavs Hospital som del av Divisjon Psykisk Helsevern).
- 2003** Ny BUP poliklinikk ved Barneklubben, St. Olavs Hospital.
- 2005** Ny poliklinikk Tiller opprettes (ved deling av poliklinikk Klostergata + nyansettelser).
- 2006** Spesialpoliklinikken opprettes (Nevroteam, Sped- og småbarnsteam, Traumeteam, Webster-Stratton spesialteam).  
Ambulant Team opprettes.  
Ny mål- og strategiplan (6 områder) for klinikken.  
Poliklinikk Røros organiseres sammen med pol.kl. Orkdal, pol.kl. Fosen organiseres sammen med pol.kl. Klostergata.
- 2007** Enhet for fagutvikling opprettes.  
Start restaurering og utbygging Lian.  
Ny intern retningslinje for elektivt inntak (lettere psyk. lidelser behandles i 1.linje)
- 2008** Lærings- og mestringssenter etableres.  
Poliklinikk Fosen og Røros går tilbake til egne organisatoriske enheter.  
Opptrappingsperioden slutt – driften konsolideres.  
2 nye bygg + restaurert administrasjonsbygg tas i bruk på Lian.  
Nytt familie- og dagsenter (Lian).

- Nasjonalt forskrift om max. 3 mnd. ventetid fra henvisning til inntak trår i kraft.  
 Debatt om framtidig organisering av sykehuset: BUP fortsatt organisert i Psykisk Helsevern eller samorganisering med pediatri og barnehabilitering?  
 (konklusjon: fortsatt tilhørighet i psykiatrien)  
 40-årsjubileum m/utgivelse av bok: «Bergtatt» (Birger Sivertsen).
- 2009** Poliklinikk Tiller flytter til Saupstad, skifter navn til poliklinikk Saupstad.  
 Akutt Ambulant Team opprettes.  
 Ny nasjonal prioriteringsveileder for elektivt inntak (Hdir), erstatter intern retningslinje
- 2010** Ny avd.sjef: Iver Lillegjære  
 Familieenheten opphører som egen enhet, et klinikkoverbyggende familieteam opprettes (poliklinikk Lian).
- 2011** Enhetene på Lian organiseres som egen seksjon. Seksjonssjef tilsettes.
- 2012** Vikar avd.sjef: Katie Wikstrøm (leder poliklinikk Saupstad)  
 Spesialpoliklinikken opphører som egen enhet. Spesialteamene overføres organisatorisk til poliklinikk Lian.  
 Reduksjon i administrative funksjoner (i avd.sjefens stab og ved Fagenheten) som resultat av prosjektet «Effektivisering av stabs- og støttefunksjoner ved St. Olavs Hospital».  
 Ny avd.sjef: Anne-Björg Nyseter  
 Spesialiserte team opprettes ved de store poliklinikkene: barneteam – ungdomsteam – nevroteam.
- 2013** Omstillingsprosjekt «Økt poliklinisk og ambulant tilbud i BUP» (del 1) igangsettes
- 2014** Omstillingsprosjektet avsluttes med oppsummering og beslutninger, og omstilling starter.
- 2015** Prosjektets del 1 slutføres og organisasjonskartet endres, omstilling av tilbud og ansatte fortsetter (inkl. ny lokalisering for noen).  
 Familieteam og Ambulant Team opphører som egne team i poliklinikk Lian, kompetanse og ressurser omstilles.  
 Akutt Ambulant Team opphører som eget team, tilbudet opprettholdes og styrkes.  
 Behandlingsenheten og Utredningsenheten (Lian) samorganiseres.  
 Døgnplasser Lian reduseres til 14 (bedre utnyttelse av senger + omstilling av ressurser)  
 Fagstab Lian inngår i poliklinikk Lian.  
 Koordinerende funksjoner marginale tilstandsbilder tillegges poliklinikk Lian.  
 Omstillingsprosjektets del 2 igangsettes: utarbeiding av ny strategiplan.
- 2017** Innføring av «Assistert kalender» i alle poliklinikker.  
 Forberedelse utfasing BUP-data.  
 Prosjekt «Redusert ventetid ved elektivt inntak» fra gjennomsnittlig 65 til 40 dager.
- 2018** Innføring av nytt journalsystem, utfasing BUP-data.  
 Ny poliklinikk Nidarø åpner (poliklinikk Fosen organiseres inn i denne).  
 50-årsjubileum!

# Historien

## Røtter i det dypeste jordsmonnet ...

Barnepsykiatri har vært et eget fagområde fra 50-tallet. Når vi vender blikket bakover trår det raskt fram noen lysende navn som har satt sine tydelige spor i det barnepsykiatriske feltet, så vel i Norge som i andre vestlige land: Sigmund Freud (psykoanalysens far), hans datter Anna Freud samt Melanie Klein (begge psykoanalyse av barn), Hermine Hug-Hellmuth (en av leketerapiens mødre), Donald Winnicott (begrepet «good enough mother») og John Bowlby (tilknytningsevnenes avgjørende betydning for personlighetsutviklingen).

Sandkasseleken med «verdensmaterialer» – en metode for diagnostikk og terapi av barn (Lekeobs./Leketerapi) – ble de første årene tatt i bruk av barneterapeuter verden over (i starten som langtidsterapier, etter hvert også korttidsopplegg). Metoden ble sterkt utbredt også i Norge, og hadde i mange år en plass på kartet i Trøndelag.

## Barnepsykiatrien i Norge

Psykoanalysen og «Mot Dag»-bevegelsen i mellomkrigstida var viktige strømninger i forspillet til den norske barnepsykiatrien. I dette miljøet fant lege Nic Waal (1905–1960) tanker som formet grunnlaget for den mangfoldige barnepsykiatriske virksomheten som hun tok fatt på etter krigen. De første etterkrigsårene kan betegnes som en gro-tid for barnepsykiatrien i Norge.

Norges første barnepsykiatriske klinikk ble etablert på Rikshospitalet i 1950, mens Nic. Waals Institutt (1953) etter hvert ble fagets hjørnestein.



Helt fra starten av påpekte barnevernet sitt sterke behov for institusjonsplasser til de barn og unge som hadde det aller vanskeligst, og de hadde derfor et uttalt ønske om døgnavdelinger. Norges første barneverns-klinikk ble etablert i Tønsberg i 1955, og de første årene i BUPA Trøndelag sin historie var også preget av dette sterke ønsket fra barnevernet.

Innstillingen fra det statlige «Utvalget for psykisk barnevern» (1956) var gjennom-syret av en optimistisk tro på at psykisk helsevern og barnevern skulle gå hånd i hånd. Iflg. mandatet skulle utvalget «klar-legge årsakene til at barn blir kriminelle, asosiale eller tilpasnings-vanskelige, og anviser åtgjerder til hjelp for slike barn.» De nye barnevernsnemndene og spesialskolene skulle nå få hjelp. Komitèen anbefalte at det skulle bygges poliklinikker ut fra «Child Guidance-modellen» i hele Norge, minst

èn i hvert fylke, som skulle kalles «Barnevernsklinikker». Det ble anbefalt å etablere poliklinikker fordi de var billigere i drift, og fordi det ble ansett som hensiktsmessig at barnet kunne bo hjemme i de omgivelsene det skulle tilpasse seg.

Begrepet «Barnevernsklinikk» slo ikke an, i stedet ble navnet «Poliklinikk for barne- og ungdomspsykiatri». Utfordringer i møtepunktet mellom barnepsykiatri og barnevern har fulgt fagfeltet gjennom hele dets historie.

De utagerende barna har hele tiden vært en del av barnepsykiatriens målgruppe – med et skille mellom de ekstroverte problembarna (som skaper problem for andre) og de introverte problembarna (hemmet i vekst og utfoldelse). En beskrivelse som også er gjenkjennbar for oss i dag. Tidlig på 1900-tallet påviste man svake oppvekstvilkårs betydning for utviklingen av alvorlige atferdsforstyrrelser, og ble opptatt av sammenhengen mellom tidlig emosjonell omsorg og tilknytningsevne, samt disse fenomenenes innvirkning på seinere atferd.

## Klinikker

Child-Guidance-klinikkene (med utspring i USA) fikk stor betydning for utviklingen av de norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, og kom også til å prege BUPA i Trøndelag. I disse klinikkene sto tanken om likeverdige team sterkt, team bestående av psykiater, psykolog og sosionom – etter hvert også pedagog. Det utviklet seg en del uenighet og strid mellom tankene bak Child-Guidance-klinikkene og sykehusbaserte poliklinikker som lå under helseadministrasjonen, og i dette klimaet vokste Tavistock Clinic fram som en selvstendig institusjon i London (åpnet i 1920).

Tavistock var banebrytende når det gjaldt å trekke hele familien inn i behandlingen.

Tankene fra Tavistock virket frigjørende og nyskapende innen det barnepsykiatriske feltet. Det ble stadig større plass for forskning, og klinisk anvendte man psykoanalytisk tilnærming innenfor en sosialpsykiatrisk utadrettet praksis. Kontakten mellom Tavistock og barnepsykiatrien i Norge ble av stor betydning, også for utviklingen av BUPA i Trøndelag.

## Fyrtårnene: Nic Waals Institutt (NWI) og Statens Senter for Barne- og ungdomspsykiatri (SSBU)

Nic Waal (født Caroline Schweigaard Nicolaysen) ble den første spesialisten i barne- og ungdomspsykiatri i Norge og er gjerne kalt «norsk barne- og ungdomspsykiatris mor». NWI ble et behandlingssentrum for barn med tilpasningsvansker. Instituttet tilbød også utdanning av teamarbeidere, og etablerte samtidig forskningspraksis. Helt fra starten av hadde behandlingstilbudet sterkt fokus på barns og unges ulike livsarenaer – noe som har vært en viktig del av det barnepsykiatriske feltet fram til vår tid. Behandlingen besto gjerne i individualterapi og gruppeterapi til barn og unge, supplert med rådgiving og samtalegrupper til foreldre og konsultasjon til førstelinjetjenesten.

Nic Waal var opptatt av pasientenes sosiale virkelighet og prøvde å finne nye veier for behandling og forebygging gjennom en syntese av psykoterapi og samfunnskunnskap. I klinikken ble det foretatt grundige undersøkelser langs tre akser: symptomer, miljø, og barnets indre struktur. Nic Waal hadde alle år et sterkt fokus på den faglige standarden, og bygde opp et utdanningstil-



bud som besto i praktisk klinisk læring hånd i hånd med relevant teori (i kontrast til tradisjonelle opplegg der det var vanlig å skille praksisopplæring og akademisk undervisning). Den treårige videreutdanningen var organisert som prosesslæring med sikte på de fire faggruppene spesifikke yrkesutøvelse, og med et tydelig fokus på en bredspektret orientering mot pasientenes sosiale virkelighet. Utdanningstilbudet ble videreført også etter Nic Waals død, til opplæringen ble overtatt av RBUP'ene.

Praksis og tanker ved NWI ble en del av grunnlaget for BUPA Trøndelag, med betydning for oppbygging, organisering, innhold og drift.

I Oslo flyttet avdelingen ved Rikshospitalet til Sogn, og det ble opprettet en klinikk for ungdom i 1963 og en for barn i 1968 (Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri). Klinikken drev behandling, undervisning og fagutvikling, og tok også inn barn og ungdom fra landet for øvrig ut fra bestemte kriterier. Som NWI hadde også SSBU et tverrfaglig siktemål og tverrfaglig praksis, med hensikt å møte «hele barnet» og «hele ungdommen». Etter en idè av helsedirektør Karl Evang ble det i tillegg etablert et lite ambulerende sentralteam som skulle reise rundt i landet, bl.a. med fokus på å trekke primærhelsetjenestene med i behandlingsarbeidet. Sentralteamet fungerte fra 1963 til 1979. SSBU ble overført til Oslo kommune i 1992, med påfølgende nedleggelse av viktige riksfunksjoner.

### **En rivende utbygging ...**

1960-tallet innebar den første store, landsomfattende utbyggingen av psykisk helse-

stell for barn og unge i Norge, og kan på mange måter betegnes som et «jubeltår». 8 av landets fylker fikk sine barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i løpet av dette tiåret – Trøndelag i 1968. I løpet av 70-tallet etablerte ytterligere 8 fylker 9 poliklinikker. Den siste vanlige fylkespoliklinikken åpnet i Nord-Trøndelag i 1986, mens BUP Karasjøk ble etablert i 1984 for å yte tjenester til den samiske befolkningen.

Mange av poliklinikkene ble etablert i gamle ominnredete lokaler, en billig løsning som trolig var en gjenspeiling av den lave prestisjen barnepsykiatrien som nykommer fikk innen helsestellet. «Vi kan se det som et uttrykk for at barn taper for voksne, psykiatri taper for somatikk, og kvinnelige omsorgsarbeidere taper for mannlige kirurger» (Sommerschild/Moe 2005).

### **Barnepsykiatrien i befolkningen**

De varierende geografiske forholdene i Norge preget utformingen av de nye poliklinikkene og gjorde dem forskjellige. Tilbudet ble påvirket av kommunikasjonen sentrum/periferi, og man anså at forståelse og respekt for lokalbefolkningens levevis, verdier, normer og forventninger måtte være retningsgivende for utformingen av tilbudet. Noen av klinikkene kan betegnes som «Elfenbenstårn» som forsøkte å gi gode, helhetlige, varige og velfunderte tilbud om terapi til de relativt få som da kunne tas imot, med lange ventelister som resultat (eks: Trøndelag). En annen kategori kan kalles «Utpostpatrolje», med BUP i Troms som den første klinikken til å satse på en utadretta modell med utstrakt samarbeid med lokale krefter: «Opp av stolen» – «Ut av kontoret» – «Inn i fjordene».

Uavhengig av modell er det en kjensgjerning at den nye barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenesten var for liten allerede fra starten av, både med tanke på barns og unges behov og målt med samfunnets forventninger. Det vokste fram en uttalt misnøye rundt fagfeltet, samtidig som det utviklet seg en forståelse av at barnepsykiatri var en nærmest utilgjengelig og til dels uforståelig virksomhet som bare få fikk nyte godt av. Faget kom i vanry, og inntrykket av eksklusivitet har på mange måter heftet ved barnepsykiatrien gjennom hele dens historie.

### Hvilke barn ble henvist på 60-tallet?

- Utagerende barn med atferdsvansker
- Hemmede barn med angst
- Barn m/lærevansker
- Barn med alvorlige lidelser som autisme og psykotisk atferd
- Barn m/negative reaksjoner på skilsmisse eller andre vanskelige forhold i hjemmet
- Diagnosen ADHD hadde ennå ikke gjort sitt inntog
- Henvvisning av seksuelle overgrep var en sjeldenhet

De første poliklinikkene hadde «en psyko-dynamisk himmel over gjøremålene» (Sommerchild/Moe 2005), noe som også preget Trøndelag-klinikken. Poliklinikkene hadde ofte en flat organisasjonsstruktur som gjerne resulterte i stor selvstendighet og sterk faglig selvfølelse hos de ansatte. Samfunnsutviklingen på 70-tallet var påvirket av radikale strømninger og store endringer som i stor grad også preget familielivet og dermed barns oppvekstvilkår. Inn i denne utviklingen

- 1) ble det utarbeidet retningslinjer for drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker m/bemanningskrav
- 2) ble det stilt spørsmål om hvem som kunne inneha ledelse av poliklinikkene (konfliktområde en periode)
- 3) ble det jobbet med spørsmålet om feltets avgrensing og hvem som skulle være barnepsykiatriens primærpasienter.

### BUP – et grenseløst felt?

Etter hvert som det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet ble kjent økte kravene og forventningene utenfra – krav som man innenfra ofte kunne oppleve som urealistiske. Feltet kom under sterkt press pga misforhold mellom behov og tilbud. Det pågikk en engasjert debatt om hvordan en kunne etablere et tilgjengelig tilbud til barn og familier som bodde langt borte fra poliklinikken. To motsatte syn utkrystalliserte seg:

- 1) Den beste løsningen ville være å innskrenke det «grenseløse feltet» til bare å arbeide med såkalte psykopatologiske tilstander og diagnoser (rådende syn i Trøndelag).
- 2) Andre mente at barnepsykiatrien måtte tilpasse seg samfunnets stadige forandringer og ta hensyn til at fylkene i Norge er forskjellige ang kultur, geografi og ressurser. Det var derfor nødvendig å øke lokalapparatets kapasitet og å utvikle behandlingstiltak i lokalmiljøet. Man mente at dette handlet om samarbeid og ikke om sortering, og det ble argumentert for å bygge mer på ressursene både i barnet, i familien og i lokalsamfunnet.

Den videre utviklingen viser at det siste synet vant fram.

Debatten avdekket ulike faglige holdninger og motsetninger, trolig også påvirket av den grunnleggende forskjellen mellom det «unge» BUP og det tradisjonelle VOP i synet på mennesket, og på mennesket i samfunnet. Den klassiske psykiatrien bygde på sykdomsmodellen (årsak, forløp og symptomatologi), mens norsk barne- og ungdomspsykiatri var forankret i psyko-dynamisk tenkemåte kombinert med utviklingspsykologi, og med stor vekt på betydningen av familien koplet med en åpen samfunnsorientering.

Det ble stilt spørsmål om diagnostisk klassifikasjon egentlig tar utgangspunkt i psykiske lidelser hos voksne, med mindre hensyn til det spesielle ved at barn er i utvikling og vekst, og til omgivelsenes store betydning for barn og unge.

### **Trøndelag kommer med ...**

I 1960 ble den dyktige og ressurssterke dameforeninga «Folkesanatorium for nervøse» (leder Signe Lyng) spurt om assistanse til å starte planlegging av en Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Trøndelag (BUPA). Svaret var positivt – foreninga så dette som en aktuell oppgave. Den bidro med tomt og oppbygging av lokaler på området bak tuberkuloseykehuset Haukåsen, som da var i ferd med å nedlegges for å gå over til å bli psykiatrisk sykehus for voksne. Høsten 1967 sto lokalene klar, ferdig til innflytting og innleggelse. Personalmangel gjorde det likevel umulig å åpne dørene, samtidig som tidens tenkning nå gikk i retning av at det var mer hensiktsmessig å opp-

rette polikliniske behandlingstilbud til barn. Det ble til stor skuffelse for barnevernet at det ikke ble åpnet for døgnavdelinger, da de over lang tid hadde hatt store forventninger om innleggelsesmuligheter for sine vanskeligstilte barn.

### **Behov for personell og kompetanse**

I jakten på kvalifisert fagpersonell kom man i kontakt med den dyktige og engasjerte legen Peter Christian Kreyberg, som var i gang med barnepsykiatrisk spesialisering ved Rikshospitalet. Det ble inngått en avtale med ham våren 1968 om i første omgang å fungere konsultativt under oppstart av et barnepsykiatrisk tilbud i Trøndelag. BUPA kunne dermed starte prosessen med å bygge opp ei personalgruppe. Sosialkurator Gertrud Stub tiltrådte 01.10.68 som den første ansatte – og som den eneste ansatte i tomme bygg! 1.oktober 1968 ble det dermed formell åpning av BUPA – men uten stor festivitas! To uker seinere ankom sjefpsykolog Tormod Sletten (med 3 års spesialisering ved NWI), men som psykolog ble han ikke vurdert som kvalifisert til å være leder. Stub og Sletten startet et barnepsykiatrisk tilbud uten klare retningslinjer og uten tradisjoner å støtte seg til, og de to fungerte som «poliklinikken» i ca ett år. De ble møtt med store forventninger og forhåpninger, og de drev mye reise- og oppsøkende virksomhet – i et stort og geografisk mangslungent område (begge Trøndelag-fylkene med ca 300 000 innbyggere).

P.C. Kreyberg kom på besøk én dag pr mnd dette første året. Han tok imot stilling som overlege og leder i januar 1969 og flyttet til Trondheim i september. Prosessen med videre personaloppbygging kunne dermed fortsette og flere ble ansatt.

## BUPA er i gang

Målsetting for virksomheten i starten:

- Poliklinisk arbeid med pasient og omsorgspersoner, inklusive barnehage og skole.
- Teamarbeid, færrest mulig – men minst to fagpersoner for hver familie.
- Konsultasjon og veiledning (spesielt til spesialskolene i regionen).
- Undervisning og utdanning av egne fagfolk for rekruttering til framtidig utbygging.
- Ingen ventelister da man mente at de kunne fungere som «sovepute» for henvisende instans. Inntak ble foretatt ut fra ansattes kapasitet.

Avdelingen var rikelig utstyrt med lokaler: 4 paviljonger for til sammen 24 barn og ungdommer, samt et stort skolebygg og administrasjonsbygg med kontormuligheter for 3 fulle team. Men fortsatt var det mangel på fagfolk.

Tilbudet startet som poliklinikk, men samtidig pågikk det mye drøfting ang. mulighet for innleggelse. Lokalene sto jo klar! Den første familien kom fra Røros og måtte følgelig overnatte!!

Dette var ei tid preget av samfunnsmessige endringer, og med mye idealisme, entusiasme og engasjement innen fagfeltet. I Trøndelag fikk man vide rammer og full bevegelsesfrihet i oppbyggingsfasen, men ble samtidig gjenstand for evaluering og fikk krav om å levere gode nok resultater.

## Organisering og innhold

Teamtanken (i tråd med Child-Guidance-konseptet) sto sterkt også i Trøndelag, med en klar forståelse av at tverrfaglig teamarbeid var en forutsetning for helhetlig

forståelse innen fagfeltet. I starten besto det barnepsykiatriske teamet av psykolog, sosionom og lege – før også pedagogen kom med. Man anså disse 4 som likeverdige samarbeidende yrkesgrupper. Når det ble stilt spørsmål om effektivitet ved teamarbeid, påpekte Kreyberg at «Effektivitet må sees som hvor meningsfullt tiltaket er i forhold til det problemet man står overfor.»

Senhøsten 1969 oppsummerte poliklinikken stor pågang av søknader – 109 barn og unge ble tatt inn til undersøkelse i løpet av året – og sortering og prioritering ble en utfordring. Det var fortsatt stort press for å få tatt sengeavdeling og skolelokaler i bruk (særlig uttalt av barnevernsjefen i Trondheim). BUPA åpnet derfor en Familiepaviljong og et Daghospital for førskolebarn i 1970. Daghospitalet var et daghem for små barn med psykiske vansker (særlig kontaktproblemer og språkvansker). Skoleavdelinga ble igangsatt samme år, og i 1972 ble det startet ei skolemodnings-gruppe.

Skolen fungerte som en integrert del av avdelingen, men organisatorisk underlagt skolesjefen i Trondheim. Den utviklet raskt et godt miljø med sterkt samhold, og opprettet tidlig kontakt og samarbeid med to kliniske pedagoger ved NWI (for kompetanseheving og faglig utvikling). Ved NWI ble pedagogen en del av det tverrfaglige teamet fra 1954 (etter initiativ og ønske fra Nic Waal), og ble gitt tilbud om videreutdanning til klinisk pedagog. I Sør-Trøndelag, derimot, kom mulighet for klinisk pedagogisk spesialisering først på plass i 1992, samtidig med at pedagogene ble overført fra Trondheim kommune til RIT. Før dette hadde det vært kommuneansatt spesialpedagog i alle de polikliniske teamene i en årrekke.

## Overbygning

Slik kom BUPA i Trøndelag skikkelig i gang først ved starten på 70-åra, med «pionertid» og utvikling av egenart godt inn i 80-åra. Det kan likevel sies at også denne klinikken hadde sine røtter i «de gylne 60-åra» for barnepsykiatrien i Norge. Økonomien var relativt god de første årene med bidrag fra fylkeskommunen og Sentralsykehuset, samtidig som «Folkesanatoriet» var raus med pengegaver.

Avdelingens faglige overbygning de første tiårene kan beskrives som «Psykoanalytisk tenkning og forståelse, anvendt i et familieperspektiv og tilpasset en sosialmedisinsk hverdag» (sitat overlege Sigrun O. Vilsvik). Det ble gjerne anvendt en eklektisk tilnærming til de aktuelle problemene. Spørsmålet i interne diskusjoner var ofte hvorvidt man skulle gi litt til mange, eller mye til få. I hovedsak var det konsensus om ønsket om å ha «god behandling» i høgsetet, og dette betydde at de pasientene som ble tatt inn til utredning og behandling gjerne fikk et grundig og til dels langvarig tilbud ved avdelingen. Det foregikk engasjerte drøftinger i lederteam og i plenum, og det ble lagt opp til en mest mulig flat struktur med sterkt fokus på likeverd og likevekt i den tverrfaglige personalgruppa. De første årene sa mytene rundt klinikken at ansatte ved BUPA partipolitisk sto så langt mot venstre som det var mulig å komme!

## Vekst og utvikling

Avdelingen vokste og tilbudet ble mer differensiert på 70-tallet, og siden har vekst og utvikling fortsatt fram til i dag, da klinikken er blitt en moden 50-åring.



## Reisen fortsetter inn i det trønderske landskapet ...

Store endringer har skjedd i BUPA/BUP i årenes løp. Organisasjonen startet som liten og har vokst seg stor, og har nok fra tid til annet vært preget av «voksesmerter». Samtidig har endringer og nytenking oftest vært til inspirasjon og glede, og ledere sammen med øvrige ansatte har gang på gang slått kreftene sammen og dradd i flokk.

Det er tydelig at BUPA/BUP gjennom alle sine år har strevd med kompetanse- og kapasitetsproblemer. Det har vært vanskelig å rekruttere fagfolk – særlig spesialister innen de ulike fagområdene – og tilbud har helt fra første dag vært mindre enn etterspørsel og forventninger. Fagfeltet er ungt i Norge, noe som betyr at alle deler av landet har hatt fokus på å bygge opp egen kompe-

tanse og kapasitet, og det har følgelig ofte vært liten tilgang på aktuelle søkere ved utlysninger av fagstillinger. Derfor har også BUP i Trøndelag vært avhengig av å tilsette folk med relevant grunnutdanning og erfaring, for så å gi dem videreutdanning/spesialisering. Det tar gjerne fra 3 til 5 år å utdanne en spesialist, og noe av situasjonen har dessuten vært at en del ansatte naturlig nok har tatt med seg kompetansen ut av klinikken og videre i sin yrkeskarriere.

## Organisering

BUPA/BUP i Trøndelag har gjennom alle år vært organisert som én klinikk med én øverste leder, og med en relativt stor grad av desentralisering. Pr. i dag er trolig BUP klinikk den mest desentraliserte avdelingen ved sykehuset!

Fra sin spede begynnelse med 1–2 ansatte har klinikken hatt en rivende utvikling når det gjelder organisering og størrelse, samt angående faglig tenkning og faglig fokus. Man har lært og tatt i bruk ulike behandlingsmetoder, og man har implementert bedre dokumentasjonspraksis. Mange pålegg og føringer har kommet utenfra, samtidig som det også har foregått mye intern utvikling. Utallige større og mindre prosjekt har vært gjennomført der ansatte har bidratt med mye energi og omtanke, og med resultat som ofte har påvirket endringsprosesser i klinikken. Noen av utviklingsprosjektene har styrket den enkeltes daglige praksis, mens andre har fått en bredere og mer varig betydning. I tillegg kan klinikken se tilbake på et stigende antall publikasjoner av ansatte i årenes løp, ofte med interesse langt utover egne rekker. Årene har dessuten nesten kontinuerlig hatt utfordringer angående ledelse, administrasjon og organi-

sering – utfordringer som har utløst kreativitet og aktivitet og oftest fått en grundig behandling.

## Dagens BUP klinikk

I dag vil det være nærmest umulig å gi et utfyllende og rettferdig bilde av BUP klinikkens indre liv, og i dette klinikkens faglige fundament og forståelse. Feltet er i så stor grad blitt sammensatt og mangfoldig og bevegelse og endring har pågått nesten kontinuerlig. BUP klinikk er nå organisert i større og mindre enheter med likelydende eller forskjellige tilbud – hver enhet med sitt særpreg. Etter omstilling i 2014 har Seksjon Lian to innleggelsesenheter med til sammen 14 senger (Akuttenheten og Utredning- og behandlingseenheten), samt en poliklinikk med spesifiserte oppgaver. Pr. 2018 er det 4 desentraliserte allmennpsykiatriske poliklinikker, og en relativt liten poliklinikk på Røros. I tillegg har klinikken en poliklinikk ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital, som har som oppgave å bidra til et helhetlig behandlingstilbud til somatisk syke barn med samtidige psykiske vansker. Personalgruppa i de største poliklinikkene er inndelt i team med teamleder, og i tillegg kan det i alle enheter finnes andre grupperinger/samarbeidsteam med ulike definerte oppgaver for kortere eller lengre tidsperioder. Organisering med større og mindre samarbeidsgrupper i enhetene har en viktig funksjon, og er stadig til vurdering og revisjon. Felles er det likevel at alle tiltak har en klar målsetting om å kunne gi et best mulig tilbud til barn og unge med psykiske vansker/psykiske lidelser, i behandling ved BUP.

Klinikken har også en egen Enhet for fagutvikling med et tilhørende lærings- og mestringssenter.

En del av personalet deltar i klinikk-overbyggende nettverksgrupper med formål å styrke klinikken som én og samme organisasjon, og for å ivareta samhandling, kompetanseheving, fagutvikling og kompetanseutvikling. Noen deltar dessuten i ulike interne og eksterne grupper på kommunalt, regionalt, nasjonalt eller internasjonalt nivå. Alt i alt betyr dette en høy og mangesidig aktivitet for styrking av barne- og ungdomspsykiatrien.

Utover dette er personalet i BUP klinikk organisert i 6 faggrupper (merkantile, miljøterapeuter, sosionomer, psykologer, leger, pedagoger) på tvers av enhetene, for å ivareta hvert av de spesifikke fagområdene i klinikken. Faggruppene rapporterer til avd.sjefen, har en koordinator, og er gitt mulighet for en definert og avgrenset møtevirksomhet. Klinikken har fremdeles en tverrfaglig målsetting, samtidig som fordelingen mellom de ulike faggruppene er i ferd med å endres – med innvirkning på tilbudet.

## Tjenestetilbudet

På 2000-tallet har barne- og ungdomspsykiatrien opplevd krav om økt aktivitet, om mer vekt på ambulante tjenester, om færrest mulig innleggelse, samt krav om større fokus på dokumentasjon og på evidensbasert metodebruk. Det kan også hevdes at trenden noen år har vært økende byråkratisering med overføring av myndighet fra fag til byråkrati.

Det er en gledelig kjensgjerning at i løpet av de siste 10–15 årene har det blitt flere ansatte med spesialistkompetanse innen de ulike fagområdene i klinikken, samtidig som behandlingstilbudet i økende grad er blitt mer kunnskapsbasert. Samtidig har ressursene blitt utnyttet slik at pålagte

frister for inntaksvurdering og behandlingsstart overholdes. Ved hjelp av god organisering og stor innsats av ei dyktig og lojal personalgruppe har BUP nådd målet «null fristbrudd»! I denne prosessen har det vært mye fokus på kvalitetsarbeid i klinikken, bl.a. ved utarbeiding av retningslinjer i kvalitetssystemet EQS, og ved implementering av nasjonale retningslinjer, faglige veiledere, og av pasientforløp/pakkeforløp. Parallelt har klinikken satset på å utvikle en intern meldekultur med forbedringssiktemål. Dette betyr selvfølgelig likevel ikke at BUP nå er i mål med alt – forbedringer og videreutvikling står fortsatt på agendaen og mange utfordringer og muligheter venter!

## Utfordringer

Historien viser at klinikken har hatt en del store enkeltstående utfordringer når det gjelder tjenestetilbudet. Det er fra tid til annen blitt henvist enkeltpasienter med stor og sammensatt problematikk og sterkt lidelsestrykk, der man ikke har hatt et relevant behandlingstilbud. Det måtte da gjerne bygges opp et tilpassa tilbud rundt pasienten på kort varsel. Noen ganger har løsningen blitt et samarbeid mellom ulike interne enheter, andre ganger et tilbud med hjelp fra VOP-avdelinger.

En særegen utfordring for klinikken ble det som er kjent som «Bjugn-saken». Saken innebar rapportert mistanke om overgrep i en barnehage der ca 40 barn var involvert. De fleste barna ble henvist til BUP, og det ble igangsatt barnegrupper og foreldregrupper – parallelt med eller etterfulgt av individualbehandling for noen. Saken var krevende med tanke på å velge hensiktsmessige intervensjoner, samtidig som den «sprengte» klinikkens kapasitet.

«Bjugn-saken» ble utfordrende å håndtere for klinikken ikke minst fordi det ble en stor mediasak som raskt ble rikskjent – en stor belastning for alle involverte (se ellers boka utgitt ved klinikken: «Kan vi forstå?»).

### **Pasienter, ansatte og dekningsgrad**

Det har vært interessant å se nærmere på tall angående pasienter og ansatte gjennom klinikkens historie, og jeg velger her å ta med noen få eksempler:

I 1968 hadde BUPA 2 ansatte som i 1969 økte til 4, og disse var i kontakt med svært mange barn, unge og familier (bl.a. ved utstrakt reisevirksomhet). I 1972 hadde BUPA 132 registrerte pasienter og 10 ansatte. I 1976 var antallet pasienter ca 250 med samme antall ansatte, og i 1982 passerte pasienttallet 300. Dette året hadde BUPA 16 ansatte og skolen ei lærergruppe på 8.

I 1986 ble det opprettet et barnepsykiatrisk tilbud i Nord-Trøndelag og det geografiske ansvarsområdet ble mindre (av betydning for bl.a. reisevirksomheten). I 1994 passerte antallet pasienter i behandling 500, noe som betydde en dekningsgrad på ca 1% (dekningsgrad = prosentandel av befolkningen 0–18 år som får et barnepsykiatrisk tilbud.) I 1998 fikk dekningsgraden nasjonalt fokus i og med «Opptappingsplanen», og i BUP Sør-Trøndelag var den da 1,1%. I 2001 steg dekningsgraden til 1,8 % – fortsatt på riktig veg! – men dette året var bekymringen at det sto 103 barn/unge på venteliste ved årets slutt, med en gjennomsnittlig ventetid på 112 dager. I 2003 økte dekningsgraden til 3%, og 1800 pasienter ble gitt behandling dette året. Pasientantallet passerte 2000 i 2004.

I 2006 hadde BUP ca 200 stillinger, og i 2007 ble målet om dekningsgrad på 5% nådd (dog naturlig nok med noe variasjon mellom de ulike kommunene i fylket), og nærmere 3500 pasienter fikk behandling dette året. I 2010 passerte pasientantallet 4000 og i 2012 fikk over 4500 barn og unge behandling, samtidig som svært få da ventet mer enn 3 mnd. (selv om ventelista var på 150–200 hver måned).

I løpet av 2017 fikk tett under 5000 pasienter behandling i klinikken, og samtidig ble gjennomsnittlig ventetid redusert fra vel 50 dager til 33 i løpet av året.

Antallet henvisninger har gjennom alle år vært økende, ofte økt med mange prosent fra ett år til det neste. Statistikken viser stor økning over hver ti-årsperiode. Med sparsom tildeling av nye ressurser i årene etter «Opptappingsplanen» (1998–2008) er det uomtvistelig at god organisering og ledelse sammen med stor innsats og omstillingsevne fra den enkelte ansattes side har medvirket til en aktivitetsøkning som i utgangspunktet kunne se ut til å være umulig! Samtidig har klinikken mottatt tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende som har vært tilfredse og som har opplevd kontakten med BUP som hjelpsom. Slikt gir innsatsen mening!

### **Hvilke vansker henvises?**

Fordelingen av henvisningsgrunner har hatt samme tendens gjennom hele BUP sin historie, med hovedvekt på eksternaliserende vansker. Tidligere år var det relativt mange i den gruppa som ble benevnt som barn/unge med atferdsvansker. De siste 10–15 årene har klinikken hatt økning i henvisning for mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) – den største pasientgruppa – og



ser nå også vekst når det gjelder henvisning for angstlidelse og for traumeproblematikk. Ellers ser det ut til at øvrige henvisningsgrunner generelt ikke har endret seg vesentlig, dog med små forskyvninger av prosentandel fra år til år (her finnes det mange interessante tall presentert statistisk i BUP Årsmeldinger).

BUPA/BUP har i alle år gitt tilbud om tverrfaglig utredning, behandling og konsultasjon (det siste gjerne som indirekte tiltak), med sterkt fokus på grundig utredning og diagnostisering før igangsetting av behandlingstiltak. Behandling blir gitt individuelt eller i gruppe, øyensynlig med en utvikling mot økende vekt på individualterapi de seinere år (styrt utvikling?). Samtidig blir det for de fleste pasientene jobbet på flere livsarenaer, også med vekt på familie og på barnehage/skole – ut fra et helhetssyn på mennesket og på barns/unges livssituasjon. Vi tror at tilbudet har vært hensiktsmessig for mange.

## **Er 50-årsjubileum en anledning til sjølskryt?**

Jeg tror jeg har mange av mine kolleger med meg ved å svare nei på dette spørsmålet. Også en 50-åring bør ha evne til sjølskryt. I årenes løp har BUPA/BUP også fått tilbake meldinger som ikke alltid har vært udelt positive. Ansatte har fra tid til annen uttrykt misnøye og uenighet og påpekt ting klinikken burde endre. Eksterne instanser og samarbeidspartnere har uttrykt skuffelse og vist til handlinger og holdninger fra klinikkens

side de forventet annerledes. Alvorligst er det likevel at en del pasienter og pårørende har vært misfornøyde med tilbudet de har fått, og da gjerne påpekt manglende kontinuitet. Ut fra klinikkens synspunkt er dette berettiget kritikk som beklages sterkt, men man er i gang med planlegging og endring for å forsøke å fjerne denne sårbarheten i systemet.

Så utfordringene står i kø også for de neste 50 årene – og organisasjonen må fortsette å lære. Likevel mener jeg at 50-åringen har lov til å se bakover med glede – og framover med forventning, optimisme og pågangsmot.

*Møyfrid Breivik*

## **Referanser**

SOMMERSCHILD, Hilchen/MOE, Einar  
Da barnepsykiatrien kom til Norge.  
Beretninger fra noen som var med.

Universitetsforlaget 2005

SIVERTSEN, Birger  
Bergtatt.

En fortelling om Barne- og ungdomspsykiatriens vekst i Sør-Trøndelag 1968 – 2008.

Snofugl 2008

BREIVIK/INDREDAVIK/AARSETH

Kan vi forstå? Barnepsykiatriens arbeid i Bjugn-saken

Kommuneforlaget 1997

MOSSIGE, Erling (overlege BUP)

Notat/internundervisning 2017: «Minner fra en svunnen tid».

BUP klinikk Årsmeldinger.

Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, Sør-Trøndelag:  
Jubileumsskrift 1968-1998

**Nåværende og tidligere ledere av klinikken er bedt om å presentere noen tanker fra sin tid ved roret.**

**Da klinikkens første avdelingsoverlege døde i 1993, har jeg valgt å ta med minneord som da ble skrevet.**



## **Peter Christian Kreyberg**

**Avd.overlege 1969–1989**

### **Til minne**

Overlege Peter Christian Kreyberg døde 30.09.93, 62 år gammel, etter kort tids sykdom. Med Peter er en kjær venn og god kollega gått bort.

Peter var avdelingens ubestridte leder i 20 år, hvoretter han trådte tilbake fra administrativt arbeid for å vie seg enda mer til det som sto hans hjerte nærmest: Klinisk arbeid med pasienter og deres familier. Hans psykoterapikunnskaper og lange erfaring gjorde ham til en respektert behandler og etterspurt veileder.

Han studerte medisin ved Universitetet i Oslo, og ble cand. med. i 1956. Deretter spesialiserte han seg både i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

I 1969 tiltrådte han overlegestilling ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim, som da var nyetablert. Til manges overraskelse valgte han dette framfor en forskerkarriere i Oslo.

Hans livsverk ble å bygge opp barne- og ungdomspsykiatrien i Trøndelagsfylkene hvilket krevde tålmodighet, mye slit og møysommelig arbeid. Hans varemerke var kvalitet framfor kvantitet. Han lærte oss bl.a. at grundig diagnostikk er en forutsetning for god behandling. Peter lyktes i å utvikle et unikt fagmiljø, hele tiden med forankring i psykodynamisk teori. Han var imidlertid åpen for nye «strømninger i tiden» hva angår teorier og teknikker for behandling. Allerede i 1972 åpnet avdelingen sin Familiepaviljong, som nr. 2 på landsbasis. I alle år fremhevet han det tverrfaglige teamets styrke i behandling av barne- og ungdomspsykiatriske lidelser.

Peter har gitt viktige bidrag til forskning omkring barn og unge. På slutten av 60-tallet utførte han sammen med Hilchen Sommerschild Sundby et stort forskningsarbeid som ble utgitt i bokform i 1969: «Prognosis in Child Psychiatry». Han var aktiv deltaker i gjennomføringen av «Nord-Trøndelagsprosjektet» i 1979–81: «En epidemiologisk undersøkelse av 10-åringer». Han arbeidet og med et kompendium i barne- og ungdomspsykiatri, men fikk ikke slutført dette før sin død.

Innen det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet tok Peter gjerne på seg verv i råd og utvalg. Han har bl.a. vært formann i Barne- og ungdomspsykiatrisk forening, og medlem av Spesialistkomiteen for barne- og ungdomspsykiatri, hvor han la ned et stort arbeid i revisjon av rammeplan for legenes spesialistutdanning.

Men hans engasjement var bredere enn det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet. I 1972 var han medlem av den regjeringsoppnevnte «Sosial reformkomite». Han var aktiv deltaker bl.a. i Amnesty International og i Norske leger mot atomkrig. Avkobling fant han i musikk og friluftsliv, spesielt var han glad i Tunga, familiens småbruk på Hitra.

Peter var innsatsvillig og arbeidsom i alt han foretok seg. Han gjorde karrieremesige valg. Han kunne se tilbake på en stor livsgjerning i å hjelpe andre mennesker.

Hans identitet var knyttet til det å være giver. Det var vanskelig for han å ta imot – i situasjoner vi andre så at han kunne trenge det. Han var ikke opptatt av ytre heder og ros, det viktige for ham var å følge sin egen overbevisning. Han var ikke redd for å si sin mening, ofte kompromissløs i moralske og etiske spørsmål, men alltid en redelig meningsmotstander.

Han var en ettertraktet foreleser med mye humor og stor sans for lek med ord. Vi husker mange gullkorn fra Peter, gullkorn som ble flittig brukt i faglige debatter såvel som i kåserier. I de mange foredrag og debattinnlegg evnet han å integrere sine faglige synspunkt og refleksjoner omkring samfunnsforhold på en velfundert og overbevisende måte. Å lese Peters skrifter er som å lese barne- og ungdomspsykiatriens historie i Norge. Hans faglige livsverk rommer utviklingen fra frontkjemperen som bidro til å forme fagfeltet, til verdiskaperen, til senioren som ropte varsko mot senkning av kvalitetskravene i barnepsykiatrien.

Vi vil huske Peter Kreyberg for hans varme, forståelse og usedvanlige innsikt i menneskesjelens irrganger. Vi vil huske ham som en god venn, som en sjelden kunn-

skapsrik fagperson, en raus veileder og en humorfylt underviser. Hans menneskelighet kombinert med naturlig autoritet gjorde ham til en god leder. Han stilte store krav til seg selv og lyktes i å hente fram det beste i sine medarbeidere.

At Peters epoke i avdelingen nå er for-tid, fyller oss med en smerte og en sorg det ikke er gitt å uttrykke i ord. Vi kjenner et stort savn og deler sorgen med hans familie.

Peters plass ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk kan vanskelig fylles av andre. Men vi er mange som ønsker å videreføre hans arbeid. Vi tar med oss arven og takker for alt han har gitt oss.

Vi vil alltid minnes Peter Kreyberg med varme, ærbødighet og respekt.

*Marit Sæbo Indredavik  
Sigrun Opsal Vilsvik*



## **Sigrun Opsal Vilsvik**

### **Avd.overlege 1989–1991**

Sigrun O.Vilsvik er også en av pionèrene innen barnepsykiatrien i Trøndelag. Hun ble ansatt som ass.lege ved BUPA Haukåsen i 1971, og fikk reservelegestilling som ferdig spesialist i 1974. I 1978 ble Vilsvik ass. overlege og i 1980 overlege ved Eirik Jarlsøgt.

Vilsvik var den første av landets barnepsykiatere utdannet utenfor Oslo. Hun var i sitt virke forankret i en biopsykososial forståelsesramme, langt på veg tuftet på psykodynamisk teori, og samtidig med sterkt fokus på familieforståelse og -tilnærming.

Under Vilsvik sin periode som avd. overlege og leder av BUP ble mye av klinikkens ressurser benyttet til reisevirksomhet og utadretta arbeid, ved siden av utredning og behandling. Organisasjonskartet ble endret ved at ungdomsavdelingen kom til (1990).

I de første årene av klinikkens historie ble det lite tid til forskning, men på 80-tallet foretok Vilsvik en etterundersøkelse av de 14 første pasientene i klinikken med diagnosen Anorexia Nervosa. Dette resulterte i en artikkel i Nordisk psykiatrisk tidsskrift i 1990 med tittelen «Teenage anorexia nervosa. A 1-9 years follow up after psychodynamic treatment». Vilsvik bidro også til innholdet i boka «Da barnepsykiatrien kom til Norge» (SOMMERSCHILD/MOE 2005) ved å skrive innlegget om Trøndelag.

Da Sigrun O. Vilsvik avsluttet som avd. overlege og formelt ble pensjonist, jobbet hun videre i et poliklinisk team i klinikken. I en periode hadde hun 20% stilling ved poliklinikk Røros (fram til 2003), for å bistå med spesialistkompetanse. Vilsvik flyttet da sørover og jobbet 60% ved en poliklinikk i Oslo-området til ca 2010.

Sigrun O. Vilsvik har gitt et viktig bidrag til oppbygging av barne- og ungdomspsykiatrien i Trøndelag.



## **Marit Sæbø Indredavik**

### **Avd. overlege/klinikkjef 1992–1999**

Visjon for perioden min som avd. overlege/ klinikkjef: «God psykisk helse for barn og unge» med hovedmål «å utvikle og drive en differensiert barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste som dekker befolkningens behov i Sør-Trøndelag fylke, samt ivareta den rolle og de oppgaver som er knyttet til universitetsfunksjoner».

### **Faglig hovedfokus – og faglige utfordringer var særlig:**

- Krav om økt kapasitet og utbygging av tjenestene
- Ventelister innført, seinere ventetidsgaranti (forskrift 1997)
- «Helt» profesjonsstudium i medisin fra 1993, med integrert undervisning i barnepsykiatri
- Initiativ til økt samarbeid mellom psykiatri – somatikk, særlig BUP og pediatri, og etter hvert konkrete planer for BUP-enhet ved Barne- og ungdomsklinikken RIT
- Debatt om faglig grunnlag for organisering av helsetjenestene
- Flere krevende pasientsaker med stor mediedekning (blant annet Bjugn-saken)

## Omorganisering:

- Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) var ved starten av perioden organisert i en Barneseksjon og en Ungdoms-seksjon, hver med poliklinikk og dag/døgnposter: Småbarnspost, Familiepost og Døgnposter for ungdom (siste med gradvis opptrapping).
- Etter vedtak i Sør-Trøndelag fylkeskommune ble BUPA i løpet av 1992 overflyttet fra Regionsykehuset i Trondheim (RIT) til Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester (PST). Enheten fikk navnet BUP-klinikk i 1993 – med tre avdelinger: Poliklinikk, Familieavdeling og Ungdomsavdeling
- «Helhetlig plan for barne- og ungdomspsykiatri i Sør-Trøndelag», 1995, la føringer for utbygging:
  - Poliklinikk Orkdal offisielt (1997)
  - BUP-team ved RIT (1998) – seinere utvidet og del av Kvinne/barn-senteret i RIT 2000
  - Ny akuttpost med egen skjermingsenhet i 1998
  - Skoleavdelingen fikk nytt tilbygg i 1999
- Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, helseregion IV, ble etablert i 1994, knyttet til NTNU. Senteret skulle bygge og videreutvikle barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse – gjennom grunn-, videre- og etterutdanning, forskning og utviklingsvirksomhet. Senterets navn, mål og aktivitet er siden betydelig endret.

## Refleksjoner

Alt har sin tid – noe av virksomheten var «i tiden» mens noe var helt «ute av tiden». Sistnevnte gjaldt Bjugn-saken, som ikke var til å forstå, likeså vår kamp for å være en del av RIT mens den politiske vinden blåste en annen vei. Politikernes intensjon var å

prioritere psykiatrien og det var vi glade for. Men når dette skulle gjøres ved å ta fagfeltet ut av RIT, protesterte vi sterkt. Det ble holdt fagseminarer og møter med fylkeskommunens politikere, men faglige råd ble satt til side. Og vi fikk smertelig erfare at «*separate is never equal*». I en avgjørende fase ble vi holdt utenfor RIT 2000, og dermed utenfor den gigantiske utbyggingen, integreringen og faglige oppgraderingen som fulgte.

Jeg anser dette som min periodes største utfordring – og sorg. Siden ble psykiatrien tilbakeført til St. Olavs hospital da staten overtok RIT i 2002, men da var «toget gått». Et konkret bevis på 90-tallets politiske og administrative feilskjær er at det i skrivende stund ikke finnes et psykiatrisenter på Øya – 16 år etter byggestart, og 9 år etter at det siste kliniske senteret var ferdig. Et psykiatrisenter er ønsket og planlagt, men ennå ikke realisert. Vi har reparert så godt vi kunne: Videreutviklet faget, forbedret klinisk virksomhet, gitt undervisning og drevet forskning som en fullverdig universitetsklinikk. Svært mange ansatte har gjennom årene gjort en kjempeinnsats og fortjener stor takk. Likevel er det en tanke jeg vanskelig kan slippe: Hvor kunne vi vært i et sømløst integrert St. Olavs hospital?

*Marit S. Indredavik*



## Thomas Jozefiak

### Avd.overlege 1999–2002

Faglig hovedfokus under perioden min som leder var en radikal reformulering av klinikkens fagprofil eller «fagideologi». Helt fra starten av var barne- og ungdomspsykiatrien i Trøndelag basert på en psykodynamisk forståelse når det gjaldt utredning og behandling av barns psykiske problemer. Et tydelig signal om dette var bl.a. at man eksplisitt spesifiserte i alle stillingsannonser krav om en «psykodynamisk forståelse» for den faglige virksomheten.

I løpet av de 30 årene som hadde gått, og spesielt på 90-tallet, hadde imidlertid alternative faglige tilnæringer gradvis gjort sitt inntog i BUP-feltet generelt, og også i klinikken. Noen eksempler på dette var en systemisk familieforståelse og -terapi, samt en gryende nevropsykologisk forståelse av pasientenes problemer.

I motsetning til voksenpsykiatrien i Trøndelag som hadde vært tidlig ute med kognitiv terapi for voksne, hang BUP betydelig etter når det gjaldt opplæring og implementering av denne terapitilnærningen for barn. Mens jeg fortsatt var leder gikk jeg selv på det første kurset i kognitiv terapi arrangert av voksenpsykiatrien, der barnevern-terapi var lagt til som en egen studiegruppe organisert under hovedkurset.

Peter Fonagy (ved Anna Freud institutt i London) hadde i 1996 utgitt boka «What works for whom?», og den inneholdt en vitenskapelig og kritisk gjennomgang av alle barneterapier og intervensjoner for barn med psykiske problemer som var tilgjengelige på denne tiden. Kravet om at behandling og tiltak skulle være kunnskapsbasert («evidence based») ble gjort gjeldende i min periode som leder. Dette kravet, samt at den «psykodynamiske tradisjonen» ble utfordret av andre faglige tilnæringer, hadde skapt og skapte fremdels uro i klinikken da jeg overtok i 1999. På denne bakgrunnen satte jeg i gang den såkalte «ideologidugnaden», som i realiteten var en omfattende «bottom-up» organisasjons-/endringsprosess som involverte alle ansatte. Prosessen medførte at de ansatte skulle delta i å utforme og definere BUP klinikkens nye «fagideologi», som resulterte i en ny «bio-psykososial» forståelse og behandling av barn og unges problemer. Flere tilnæringer enn bare den psykodynamiske var nå ønsket velkommen, og vi stilte krav om at uansett tilnærming skulle utredning og behandling så langt som mulig være kunnskapsbasert (dvs. basert på empirisk forskning). I denne faglige brytningstiden inviterte jeg professor Helmut Remschmidt fra Tyskland, den gangen en av de ledende barne- og ungdomspsykiaterne i Europa, som holdt foredrag om empirisk basert evaluering av klinisk drift. Jeg opprettet dessuten en gruppe for forskningsinteresserte klinikere (kalt «KEFF» – gruppe for klinisk evaluering, fagutvikling og forskning), en tidlig forgjenger til dagens «Enhet for fagutvikling og forskning».

«Ideologidugnaden» ble en stor suksess, men med implementering av kunnskapsbasert praksis gikk det bare sakte framover.

Den virkelige utfordringen i min lederperiode var likevel noe annet: Omorganiseringen av BUP klinikk i lys av «Psykiatri 2000» prosjektet, som ble ledet av Odd Sverre Westbye. «Psykiatri 2000» var en plan for organisasjonsendring og utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien i kjølevannet av stortingsmelding 27, (den såkalte «Opptrappingsplan for psykiatri»). Vi ble pålagt av myndighetene «å øke tjenesteproduksjonen» fra en daværende «dekningsgrad» på 0,9 % av alle 0–18 år gamle barn og unge i Sør-Trøndelag, og opp til 5 %! Nye poliklinikker ble opprettet med ferske penger (poliklinikk Fosen, Røros, og Tiller), men mye av produksjonsøkningen måtte likevel tas via effektivisering og omlegging av arbeidsmetoder. Sjelden har en organisasjon fra myndighetenes side blitt utsatt for slike store krav til omstilling på så kort tid!

Da jeg takket ja til å overta som avdelingsoverlege for BUP klinikk sommeren 1999, ble jeg ansatt på en 3-års kontrakt i påvente av en kombinert 50/50 kliniker- og forskerstilling, som jeg *egentlig* hadde søkt på da jeg flyttet til Trondheim i 1998. Jeg ante overhodet ikke i hvilken enorm brytningstid, både faglig og organisasjonsmessig, jeg skulle være «kaptein på BUP-skuta». Nå – snart 20 år etter – framstår disse 3 årene som noe av det mest intense som jeg har opplevd i hele min yrkeskarriere. Samtidig har jeg trolig heller aldri som fagperson kunnet endre så mye på så kort tid.

*Thomas Jozefiak*



## **Odd Sverre Westbye**

### **Avd.sjef 2002–2010**

Jeg startet som avdelingssjef etter 4 forutgående avdelingsoverleger. Perioden ble i stor grad preget av opptrappingsplanen for psykisk helse som ble vedtatt i Stortinget midt på 90-tallet og som ble fullført finansielt i 2008. I perioden fra 1997 til 2008 ble BUP tilført store midler som skulle gå til å bygge opp virksomheten. Dette gjaldt særlig det polikliniske tilbudet, men også tilbudet om innleggelse skulle videreutvikles, og det skulle etableres et ambulant tilbud. Målet var at om lag 5% av barne- og ungdomspopulasjonen skulle få et tilbud i BUP, et måltall helt unikt i verdenssammenheng. I tillegg skulle en styrke det vitenskapelige arbeidet som på den tiden var nesten ikke-eksisterende.

Det meste av denne utviklingen var nedfelt i «Psykiatri 2000, utviklingsplan for barne- og ungdomspsykiatrien i Sør-Trøndelag» som ble godkjent av fylkestinget i Sør-Trøndelag fylkeskommune i sak 54/2000 og sak 73/2000. Planen ble utarbeidet av ei prosjektgruppe og ført i pennen av undertegnede.

Jeg velger å trekke fram 3 ny-etableringer som fant sted under min lederperiode:

1. I 2003 flyttet BUP poliklinikk BUK (Barne- og ungdomsklinikken) inn i brakker ved siden av den gamle barneklubben på St. Olavs Hospital. I første runde var det 4 fagstillinger under Kjersti Brønne sin ledelse. Senere flyttet de inn i det nye kvinne/barn-senteret og antall stillinger ble økt til 8. Dette var og er fortsatt et svært viktig tilbud til barn og unge med ulike somatiske lidelser og samtidige psykiske plager og lidelser, samt et svært viktig prosjekt for å binde sammen psykiske og somatiske spesialisthelsetjenester.
2. I 2005 så BUP Tiller dagens lys i nye lokaler tilknyttet DPS Tiller, under ledelse av Katie Wikstrøm. Dette ble et stort løft for de polikliniske tjenestene til barn og unge i Trondheim kommune og omegnskommunene. Med denne etableringen hadde BUP to store allmenpoliklinikker i Trondheim by. Poliklinikk Tiller skulle noen år senere få nye lokaler på Saupstad. Tidligere i opptrappingsperioden hadde en etablert poliklinikker både i Ordal, Fosen og Røros, og nå var tiden inne til å styrke tilbudet til bybarna.
3. I 2006 ble spesialpoliklinikken etablert med 5 spesialteam (Traumer, De utrolige årene, Nevro, Sped- og småbarn, og Spiseforstyrrelser.) under ledelse av Turid Nistad, og i tillegg etablerte vi «Fagenheten» som vokste ut av prosjektet PEFK etablert i 2002. I fagenheten ble det også opprettet et «Lærings- og mestringsenter, LMS» som har bygd seg opp til å bli et unikt tilbud til pasienter, pårørende og andre viktige personer i pasientenes liv, som søsken, slektninger og lærere. Dette lærings- og mestringsenteret er enestående både nasjonalt og internasjonalt.

Under min periode som avd.sjef ble det også investert mye ressurser i oppussing og i bygging av nye lokaler på Lian. BUP-feltets aller første bygg nord for Dovre fra 1968 ble rehabilitert, og det ble bygd nytt familisenter (tatt i bruk i 2008), ny familieavdeling, og de to gamle familieavdelingene ble rehabilitert. Parallelt ble det brukt mye tid på å utvikle det faglige tilbudet ved klinikken. I denne 8-års perioden var det stor vekst i antall fagstillinger, og de fleste som ble rekruttert var uten spesialistkompetanse. Disse årene ble derfor på mange måter en eneste lang utdanningsdugnad, det tar som kjent flere år å utdanne en ny fagperson fra kandidat til spesialist (fra 3 til 6 år). I starten av min tid som avdelingssjef var det over 2 utdanningskandidater pr spesialist, mens målet var det motsatte. I denne perioden var det også flere ansatte som begynte å «dukte på» en doktorgrad, og som ønsket å bidra til en akademisk utvikling av faget. De første disputasene kom i 2004/2005 og optimismen knyttet til et gryende akademisk BUP-miljø spredde seg i klinikken. Det var likevel langt igjen til vi virkelig kunne kalle oss en universitetsklinikk.

Mitt viktigste bidrag til den akademiske utviklingen i BUP-klinikk var avsetting av ressurser til den nyopprettede fagenheten slik at interesserte ansatte kunne delta i faglige utviklingsprosjekt eller forskning og eventuelt ta en PhD. Samtidig brukte klinikken mye ressurser til gjennomføringen av Hel-BUP (Helseundersøkelsen i BUP-klinikk) sin baseline undersøkelse (T1) i årene 2009–2011. I fagenheten ble det igangsatt svært mange prosjekt i denne tidsperioden, med ulikt utkomme selvsagt, men – interessen for fagutvikling var stor.

*Odd Sverre Westbye*





## Iver Lillegjære

### **Avd.sjef 2010–2011 (+ vikariat i 2006)**

Du verden – som tiden går – eller kommer til oss. I perioder kan det virke som man blir oversvømmet av tiden – det vil si av hendelser. I mange tilfeller er det hendelser man ikke kan ha kontroll over. I min avdelingssjefetid i 2011 ble jeg meget konkret oversvømmet av hendelser i tiden – nemlig flom! En hel etasje av mitt hus ble ødelagt av 800-årsflom i Gaula. Da forsvant hele hjemmekontoret mitt med alle arkiverte papirer mmm. Jeg har derfor lite dokumenterte fakta å hente fram både om dette og hint. Senere har andre hendelser flommet inn over livet, der den mest skjellsettende var da jeg plutselig mistet min kone i akutt sykdom i 2015. Så tiden kommer stadig til oss med både forutsigbare og – ikke minst – uforutsigbare hendelser.

Min tid i BUP-klinikk var vel også både forutsigbar og delvis ispedd noen uforutsigbare hendelser. Den første uforutsigbare var da jeg ble bedt om å være vikar for avdelingssjefen i 2006, da Odd Sverre Westbye skulle ha permisjon. Overgangen var stor fra å være poliklinikkleder på Røros til å skulle lede hele klinikken. Hyggelige morgenturer fra Ålen til Røros, ofte med en fantastisk soloppgang og rød-oransje østhimmel, måtte byttes ut med utallige

morgenturer 12 mil ned Gauldalen til Trondheim og Klostergata, der administrasjonen da var plassert. Dette vikariatet varte fra juni til oktober i 2006.

I 2006 ble arbeidet med mål- og strategiplan avsluttet, med flere organisasjonsendringer i klinikken. De minste, desentraliserte poliklinikkene ble slått sammen til større administrative enheter. Poliklinikken på Røros ble slått sammen med poliklinikk Orkdal under felles poliklinikkleder, mens poliklinikk Fosen i Rissa ble slått sammen med poliklinikk Klostergata. «Filialene» Røros og Fosen fortsatte imidlertid som før mht inntak og opptaksområder. Sentralt i klinikken ble spesialteamene Nevroteam, Webster/Stratton team, Sped- og småbarnsteamet, Traumeteamet og Spiseforstyrrelsesteamet organisert sammen til det som ble Spesialpoliklinikken, med en felles enhetsleder/poliklinikkleder. På Lian ble 2 døgnposter slått sammen til en. Enhetslederene på Lian skulle i fortsettelsen rapportere direkte til avdelingssjefen i stedet for til en stedlig leder for Lian-enhetene. Det ble også etablert en Enhet for fagutvikling i avdelingssjefens stab. I denne stabsenheten skulle ansvaret være forskning, undervisning, opplæring av pasienter og pårørende samt et Lærings og mestringssenter.

Da jeg kom tilbake til stillingen som fast tilsatt avdelingssjef fra juni 2010 var klinikken drevet med denne strukturen. Imidlertid var administrasjonen flyttet til nyoppussede lokaler på Lian. Stor var min overraskelse da vår handlekraftige økonomisjef hadde fått satt opp et parkeringsskilt utenfor med «Avdelingssjef». Det var ikke helt i takt med den kollektive BUP-kulturen, men kjekt for bilmannen meg som kjørte 24 mil hver dag til/fra jobb. Jobben som avdelingssjef hadde jeg fram til 31.12.2011, da jeg ble pro-

sjeftleder for et lavterskel psykiatriprosjekt i Fjellregionen, med 30 km daglig kjørebehov i stedet for 240.

Pr 2011 var BUP en klinikk med et stort antall enheter. Dette resulterte i bl. a. at det ble brukt vesentlige ressurser til intern logistikk da mange pasienter var innom mange enheter i løpet av et pasientforløp, ofte med tilhørende ventetid. Med utgangspunkt i dette ble det fra januar 2011 igangsatt et kortvarig internt, fokusert arbeid for å framskaffe et sikkert nok grunnlag for å vurdere om klinikkens arbeidsmåter var optimale i forhold til pasientbehandlingen, eller om det var behov for å justere eller etablere nye driftsformer og/eller arbeidsmåter. Arbeidet ble organisert som et prosjekt med styringsgruppe sammensatt av fagpersoner fra klinikkens forskjellige nivå og enheter, samt fra Divisjonsnivået, fra tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner. Det ble også nedsatt 4 arbeidsgrupper. Rapporten ble ferdigstilt i august 2011.

I løpet av høsten 2011 ble det arbeidet med konkretisering av forslagene fra rapporten. Her kan nevnes etablering av ny seksjon for døgnenhetene og poliklinikk Lian, med tilsetting av seksjonssjef. Dessuten ble BUP administrasjon flyttet til Klostergata 46 og samlokalisert med Enhet for Fagutvikling. Hva som videre er besluttet er etter min tid i klinikken.

*Iver Lillegjære*



## **Anne-Bjørg Nyseter**

### **Avd.sjef fra 2012**

Jeg overtok som avd.sjef ved BUP klinikk i 2012, etter at Katie Wikstrøm hadde vikariert i stillingen i ca. et halvt år, og kom da fra Barne- og ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital der jeg hadde vært ansatt siden 1988 og bl.a.vært klinikksjef i 6 år.

I perioden min som avd.sjef i BUP (innehar fortsatt stillingen) har hovedfokus vært

- intern omstilling
- oppfølging etter nasjonale tilsyn
- nasjonal standardisering og pakkeforløp
- utfasing av BUP-data i Helse Midt Norge.

I mitt første år som leder i BUP ble jeg fort klar over at klinikken siden 2005 og frem til 2012 hadde vokst raskt med hensyn til både antall ansatte, og ikke minst i form av jevn, årlig økning av henvisninger. Jeg møtte en organisasjon med høy aktivitet og tydelige signaler om travle arbeidsdager for klinikerne. Aktivitetsøkningen var i utgangspunktet en ønsket og planlagt utvikling fra politisk hold, og lagt til rette for med en betydelig ressursøkning (Opptrappingsmidler) i perioden 1998–2008. For klinikken (og fagfeltet) var det utfordrende at det fom 2009 ikke lenger ble tilført friske midler som kunne svare ut den fortsatte årlige økningen av henvisninger til poliklinikkene.

Dette var mitt grunnlag for å initiere og igangsette et **stort internt omstillingsprosjekt**. Målsettingen var å identifisere eventuelle muligheter for omstilling av en del egne ressurser fra døgndrift til polikliniske tilbud, og til å styrke den ambulante virksomheten (i tråd med nasjonale føringer). Noe av hensikten var også å bedre arbeidssituasjonen for ansatte i poliklinikkene, samt å kunne tilby pasientene en raskere oppstart av utredning og behandling innen faglige anbefalinger knyttet til tidsfrister. Omstillingsprosjektet ble en blanding av ressursallokering og et faglig utviklingsprosjekt. Det ble organisert med prosjektleder og en bred deltakelse av ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste, samarbeidende enheter, og brukere. Implementeringen av tiltakene ble delvis en del av prosjektet i løpet av 2013 og 2014, og fullført i løpet av 2015. Resultatet ble bl.a. en ressursøkning i poliklinikkene på ca 10%, med tilsvarende reduksjon av døgntilbudet. Ingen ansatte ble sagt opp eller permittert som resultat av omstillingsprosessen, endringene skjedde i hovedsak ved naturlig avgang og ved endring av tilbud samt disses lokalisering i klinikken, som blant annet innebar omstilling av noen ansatte til andre interne enheter.

Gjennom hele omstillingsprosjektet ble det samtidig jobbet mye med interne rutiner, prosedyrer og internkontrollsystemer. Målet var å innfri de stadige uttrykte kvalitetskravene fra brukere, politikere og eiere om å unngå brudd på nasjonale kvalitetsindikatorer, fastsatte tidsfrister, samt befolkningen/brukernes forventninger.

Det ble i perioden 2012 til 2016 gjennomført **3 nasjonale tilsyn** ved ulike enheter i klinikken. Tilsynene medførte at det ble stort fokus på interne rutinene i forhold til å gi pasientene et planlagt og kontinuerlig utrednings- og behandlingsforløp. Tiltakene som ble satt i verk for å svare ut

avvik og forbedringsområder har bidratt til at BUP har forbedret egne systemer, noe som har vist seg å ha god effekt i forhold til de nasjonale kvalitetsindikatorerne for pasienttilbudet. Effekten har blant annet medført at BUP klinikk, St.Olavs Hospital, over flere år ikke har hatt brudd på vurderingsfrist eller brudd på frist for inntak ift den nasjonale prioriteringsveilederen. Fra høsten 2017 har ventetid før inntak ligget under 40 dager i gjennomsnitt, mot tidligere år ca 60–65 dager. Endring av interne rutiner har også medført kortere utredningstid frem til diagnostisk vurdering.

Systematisk arbeid med rutiner og prosedyrer ble initiert for å innfri forventningene om å sikre en standard og kvalitet på tjenestene som kunne etterprøves. I samme periode har det derfor også vært stort fokus på å utvikle interne og regionale **standardiserte pasientforløp og etter hvert også nasjonale pakkeforløp**. I klinikken har det i perioden vært stor medvirkning av ansatte i arbeidet tilknyttet utarbeidelse av pasientforløp/pakkeforløp, med deltakelse både i regionale og nasjonale arbeidsgrupper. Implementeringsarbeidet er i stor grad gjennomført for de lokale pasientforløpene, mens implementering av de nasjonale pakkeforløpene starter for fullt høsten 2018.

BUP-data som journal- og pasientadministrativt system har i sin helhet blitt utfaset i regionen i løpet av våren 2018 (med mye forarbeid siste halvdel av 2017), ved stor innsats av ledere, behandlere og merkantilt personale, samt andre interne tjenester og sykehusinterne støttefunksjoner. **BUP klinikk har gjennom dette blitt en del av den felles EPJ-plattformen som benyttes av det øvrige St. Olavs Hospital HF**, og nå dessuten også i hele Helse Midt-Norge (Doculive og MyW2Pas).

*Anne-Björg Nyseter*

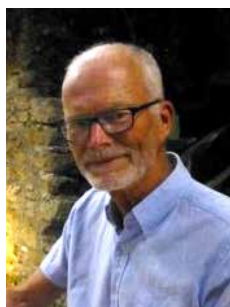
# Fra teori til empiri

## – et trekk ved barnepsykiatriens utvikling

JON AARSETH

*Psykolog/poliklinikkleder*

I 1977 svarte jeg på en jobban-  
nonse for psykolog ved BUPA,  
Regionsykehuset i Trondheim.  
Mot slutten sto det at avdelingen  
arbeidet etter en psykodynamisk  
forståelsesmodell og at søkere  
måtte være innforstått med  
dette. Jeg reagerte på dette på  
to måter: jeg var usikker på om  
jeg kunne nok om denne model-



len, og jeg reagerte negativt på dette som

**«Theories are toys to  
play with. If you take  
your theories too serious,  
you treat your theories  
and not your patients»**

*Daniel Stern*

jeg tolket litt som en  
trobekjennelse jeg  
måtte tilslutte meg.  
Dette var en periode  
da atferdst teori var  
mye diskutert, og  
barnepsykiatrien  
distanserte seg kraf-  
tig fra denne retningen. Jeg fikk jobben og  
det gikk bra. Jeg lærte mye om psykodyna-  
misk teori, men enda viktigere, jeg lærte  
mye om terapeutisk holdning og generelle  
terapiferdigheter i møte med barn og unge.

Utover i 80-årene ble den psyko-  
dynamiske modellen utfordret på flere  
måter, kanskje særlig av familierapeutisk  
tenkning og praksis (systemteori). Disku-  
sjonen gikk også i BUP, Sør-Trøndelag. På  
et seminar i slutten av 80-årene traff jeg den  
kjente barnepsykiateren Ingrid Spurkland,  
og spurte henne hva hun tenkte om den  
videre utviklingen i barnepsykiatrien mht.

teori og praksis. Hun svarte at  
det var vanskelig å si, men at  
hun selv var mest opptatt av  
empiri.

I 2000 fikk jeg 4 måneders  
permisjon fra stillingen min  
i BUP, som jeg brukte til en  
studietur til Australia. Jeg besøkte  
noen universiteter og behand-  
lingsinstitusjoner og ble slått av

den vekten som ble lagt på å dokumentere  
effekten av den behandlingen som ble gitt.  
Kognitivt orienterte behandlingsmodeller  
sto sterkt, og det ble lagt mye vekt på  
manualiserte behandlingsopplegg, gjerne i  
gruppeformat eller med ulike versjoner fra  
individualterapi til TV-baserte opplegg for  
allmennheten. Denne utviklingen var i stor  
grad et resultat av myndighetens krav om  
dokumentasjon av effekt for å få finansiert  
virksomheten. Som en sa til meg «In God  
we trust – from anybody else we demand  
outcome data». Det fikk meg til å gå gjen-  
nom forskningslitteraturen ang. effekt av  
behandling for barn og unge. Det viste seg  
at denne i all hovedsak besto av kognitivt  
orienterte studier, noe som bidro til at jeg  
prøvde å sette meg litt inn i denne retnin-  
gen, og sammen med andre prøvde å intro-  
dusere dette i vår egen klinikk. (Jeg hadde et  
par år 40% stilling for å drive undervisning  
og veiledning med sikte på å kunne imple-  
mentere kognitiv atferdsterapi (KAT) som

terapi metode i BUP.) Og det er vel riktig å si at KAT av en del fagfolk ble møtt med en viss skepsis. Noen oppfattet den som for opptatt av symptomer i motsetning til mer grunnleggende problematikk, at den var for lite opptatt av relasjon og allianse, at den var opptatt av det kognitive og rasjonelle på bekostning av følelser osv. Videre ble det hevdet at de gode behandlingsresultatene skyldtes at man behandlet avgrensede problemer hos relativt velfungerende pasienter. Jeg oppfattet deler av kritikken som rimelig – særlig dette siste – men var ellers opptatt av å gjøre metoder og teknikker fra KAT tilgjengelige for behandlere i de ulike poliklinikkene i Sør-Trøndelag. Jeg opplevde etter hvert en betydelig interesse fra klinikere - mange opplevde KAT som et nyttig tilskudd i den kliniske verktøykassa

Poenget er i og for seg ikke kognitiv terapi, men det økende fokuset på effekt av behandling – ønsket om å vite mer om hva som er god hjelp, når, for hvem, og under hvilke forutsetninger. Det er underlig å tenke tilbake på lange leketerapier jeg hadde med barn og unge på 70-tallet, der barna hadde tilstander som trolig hadde fått diagnoser som Tourettes syndrom, Aspergers syndrom eller OCD i våre dager. Det var vel ikke fordi jeg var spesielt uinformert, men fordi kunnskapsgrunnlaget var et helt annet. De generelle terapeutiske ferdighetene kunne nok være på plass, men metodetilfang og teknikker i forhold til ulike lidelser var beskjedent.

Utover på 2000-tallet ble ønsket om bedre kunnskap om hva som er god hjelp i behandling av barn og unge sterkere, både nasjonalt og internasjonalt. På tvers av teoretisk orientering ble det økt fokus på effektstudier. Dette ble hjulpet fram av internasjonale impulser i fagmiljøet (for

eksempel Roth og Fonagys bok «What works for whom?»). Ved BUP-klinikk har etableringen av Regionsenteret (RBUP) midt på 90-tallet, som seinere ble RKBU, vært av avgjørende betydning i utviklingen av forskning på behandling av barn og unge.

Webster-Strattons behandlingsmodell for gruppebehandling av små barn med atferdsvansker ble tatt i bruk ved klinikken i 2000, og har betydd mye for de familiene som har hatt gleden av å delta. Samtidig har metoden og resultatene vært viktige for forståelse og tilnærming til atferdsproblemer hos barn i det kommunale hjelpeapparatet. Regionsenteret konsentrerte seg først hovedsakelig om utdanningsvirksomhet for de ulike faggrupper i BUP i regionen, men etter hvert ble det etablert små prosjekt der klinikere gjerne ble trukket inn i forskningsprosjekter i deltidsstillinger. Derfra fram til dagens etablerte forskningsinstitusjon har det skjedd en rivende utvikling i utbygging av forskningsbasert kunnskap om barn og unge, både generell kunnskap, men også RCT-studier (randomiserte kontrollerte undersøkelser) av effekt av ulike behandlingsmetoder. Det er avlagt en rekke doktorgrader av klinikere med relevans for praksis i klinikken.

For en som har hatt mange ulike stillinger og tilknytninger til klinikken i løpet av mange av de siste 40 årene – noe som naturlig nok også har innbefattet forskjellige synsvinkler – er det dette som står fram som det mest gledelige: at vi har bidratt til utvikling av et kunnskapsgrunnlag som gjør at barne- og ungdomspsykiatrien kan tilby tilpassede behandlingsopplegg som med større sannsynlighet vil gagne de barna, ungdommene og familiene som søker BUPs hjelp.

# Universitetsfunksjoner:

## Undervisning, fagutvikling og forskning

### Undervisning

Universitetet i Trondheim (UNIT) er av samme årgang som BUP-klinikk. Avdeling for medisin ble etablert i 1974, og ble seinere Det medisinske fakultet, og fra 1996 en del av NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. I 2016 fusjonerte NTNU med høyskolene i Sør-Trøndelag, Ålesund og Gjøvik, og flere helseutdanninger ble integrert i Fakultet for medisin og helsevitenskap, mens profesjonsstudiet i psykologi foregår ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap.

Profesjonsstudiet i medisin ble igangsatt i 1975, men da bare med klinikk-delen av studiet. Det ble da undervist i barnepsykiatri av Peter C Kreyberg og Sigrun O. Vilsvik. I 1993 fikk fakultetet et fullstendig profesjonsstudium som ble bygd år for år for det første studentkullet. Barne- og ungdomspsykiatri undervises nå parallelt og delvis integrert med pediatri for å gi et helhetlig fokus på barn og unge. Undervisningen foregår i Stadium I (i 1. og 2. år), Stadium II (i 4. året) og Stadium III (i 6. året), og er del av integrerte eksamener i disse terminene. Hovedtyngden gis i det 4. året, gjennom forelesninger, klinikker, seminarer, problembasert læring, ferdighetstrening og pasientkontakt i «uketjenesten». Per 2018 får studentene 63 timer undervisning i barne- og ungdomspsykiatri i løpet av studiet. Det er vårt håp at de 135 studentene per år får nyttig kunnskap til bruk i klinisk praksis.

Spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri for psykologer arrangeres av

NPF (Norsk Psykologforening) og av IAP (Institutt for aktiv psykoterapi), samt ved RBUP Øst – Sør.

RBUP Øst – Sør gir også tilbud om spesialisering i klinisk pedagogikk, samt tilbyr spesialisering til klinisk sosionom.

Spesialisering for sykepleiere, miljøterapeuter o.a. + i Familierapi tilbys ved ulike institusjoner og ordninger.

Fra 1994 ble fagfeltet vårt styrket med Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri (RBUP), seinere endret til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, og fra 2013: **Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU)**. Senteret har mandat og oppdrag fra Helsedirektoratet, og bistår særlig med master- og etterutdanning, samt med forskning. Senteret har vært helt avgjørende for den kraftige veksten i universitetsfunksjoner i hele regionen, og ikke minst ved vår BUP-klinikk.

### Fagutvikling

Fra 1999 har klinikken hatt organiserte fagutviklingsprosjekter, fra 2002 ved en prosjektenhet og fra 2007 ved nåværende «Enhet for fagutvikling og forskning». Enheten veileder og finansierer mindre prosjekter for ulike faggrupper. Arbeidet har resultert i mange interne publikasjoner, men også noen internasjonale forskningsartikler. Enheten muliggjør en viktig «overgangsfase» for interesserte klinikere som eventuelt velger å gå inn i større forskningsprosjekter/ta doktorgrad.

## Forskning

BUP klinikk har gjennomgått en rask, ja nærmest eksponentiell, utvikling fra ingen forskningsaktivitet til i dag å drive flere klinisk baserte forskningsprosjekter. I alt 10–15 ansatte har doktorgrad, og det produseres 15–20 vitenskapelige publikasjoner årlig.

Pågående store forskningsprosjekter er f.eks.:

- Kognitiv atferdsterapi i gruppe for ungdom med ADHD.
- Helseundersøkelsen i BUP-klinikk, St. Olavs hospital (Hel-BUP) som i 2018 har startet T3 som er en 9-års oppfølging av nær 700 ungdommer som ble henvist til klinikken i 2009–11.
- BUPgen prosjektet – Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom. Studie av årsak og forløp.
- Nordic long term OCD treatment study (NordLOTS).

## Hvor står vi og hvor går vi?

I dag er universitetsfunksjonene solid forankret i BUP-klinikk, men arbeidet gjør seg ikke selv. Etablering og gjennomføring av såvel undervisning som forskningsprosjekter krever kontinuerlig investering i person- og driftsressurser. Da er det viktig at universitetsklinikken er en del av klinikkens identitet – og det tror vi den nå er. Vi vet det gis god undervisning i medisinstudiet, god veiledning til praksis-studenter, og at det er en økende forskningsaktivitet.

Vi ønsker lykke til med videreutvikling av universitetsklinikken!

*Marit Sæbo Indredavik og Thomas Jozefiak*



# Forskning og fagutvikling



## Anne Karin Kristiansen

### Seksjonsleder

Fagutvikling og forskningsaktivitet, i organiserte former, så dagens lys i vår klinikk så sent som i år 2000. I kraft av klinikken universitetsfunksjon ble det inngått en intensjonsavtale med Regionsenteret for Barne- og ungdomspsykiatri (RBUP), som var en del av det medisinske fakultet på NTNU. I avtalen slås det fast at klinikken og RBUP skal «samhandle om en rekke konkrete oppgaver med felles målstruktur og felles organer, som ivaretar faglige oppgaver». De var enige om å ha en gjensidig bistillingsstruktur (forskning/klinikk), tilrettelagt forskeropplæring og et felles forskningsutvalg. I samarbeid med RBUP og det kliniske og vitenskapelige miljøet i Tromsø ble det også i 2000 opprettet en egen «forskningspoliklinikk» basert på Webster-Stratton behandlingsmetodikk for behandling av barn med store atferdsvansker. I denne perioden hadde klinikken også tett kontakt med BUP ved Phillips-universitet i Marburg, med Prof. Helmut Remschmidt. I 2001 ble det opprettet en egen stilling som skulle ivareta klinisk fagut-

vikling og forskning, og fokus i utviklingsprosjekter ble særlig rettet mot behandlingsevaluering.

Prosjektenhet for fagutvikling og forskning (PEFF) ble etablert som et forsøk i 2002. Her ble alle ressurser som var rettet mot fagutvikling, forskning og undervisning samlet i en enhet. For å kunne tilrettelegge for nødvendig og systematisk kompetanseutvikling ble det opprettet tolv 50 % stillinger, hvorav 6 myntet på fagpersoner med vitenskapelig kompetansebakgrunn. PEFF knyttet også til seg to mentorer (professorer) som bisto utviklingsprosjektene i klinikken. Det var særlig behandlingsevaluering som ble prioritert satsingsområde, og det ble innført en «Basispakke» med utredningsinstrumenter, samt et spørreskjema for bedømming av behandling. Klinikken hadde i 2002 tre PhD-stipendiater.

I 2004 var det 8 FoU-prosjekter, finansiert og veiledet i regi av PEFF, og det ble 8 vitenskapelige publikasjoner. Veilederkompetansen ble utvidet med to mentorer fra Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST) i tillegg til de to fra NTNU. Dette året fikk også vår første overlege sin medisinske doktorgrad. Anne Mari Sund disputerte med «Development of depressive symptoms in early adolescence». Året etter fulgte overlege Marit S. Indredavik med «Mental health and cerebral magnetic resonance in adolescents with low birth weight» og ass.lege Grete Dyb med «Posttraumatic stress reactions in children and adolescents». Samme år ble PEFF evaluert og klinikken besluttet å opprette en permanent fagutviklings- og forskningsenhet.



Enhet for Fagutvikling ble etablert høsten 2006, og det ble ansatt en leder i 70 % stilling, overlege Marit S. Indredavik. I tillegg fikk enheten 3 rådgivere og 1 sekretær som skulle ivareta oppgaver knyttet til pasient- og pårørendeopplæring (LMS), internundervisning og fagutvikling/forskning. Den nye enheten hadde i de kommende årene fokus på å styrke samarbeidet mellom klinikken og forskningsmiljøene ved NTNU, og fagutvikling og forskning ble høyt prioritert. Enheten fikk i 2009 ny leder, Anne Karin Kristiansen, og Thomas Jozefiak ble ansatt som vitenskapelig rådgiver. Satsingen på å stimulere til at klinikkens ansatte engasjerte seg i fagutviklingsprosjekter ble ytterligere styrket.

Helseundersøkelsen i BUP-klinikk (Hel-BUP), en epidemiologisk kartlegging av ungdomspasienter i alderen 13–19 år, startet opp i 2009 (T1). Dette er klinikkens mest prestisjetunge forskningsprosjekt, som følger ungdommene 9 år etter oppstart av behandling. I 2010 hadde klinikken 32 prosjekter i gang og det ble utgitt 15 vitenskapelige publikasjoner.

En bevisst satsing på FoU i klinikken resulterte bl.a. i at det i 2012 ble lyst ut en 4-årig egenfinansiert stipendiatstilling. I 2014 hadde vi 21 FoU-prosjekter gående og hele 27 publikasjoner. I perioden 2015 til 2017 disputerte ytterligere 6 av klinikkens ansatte for PhD-graden.

Nå i 2018 er det spennende å følge runde tre i Hel-BUP sin datainnsamling. Informantene er nå mellom 21 og 28 år og datamaterialet vil bli sammenlignet med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4). Hel-BUP vil gi oss viktig kjennskap til mekanismer for start, vedlikehold eller reduksjon av symptomer fra ungdomstid til ung voksen alder. Sammenligningen

av den kliniske populasjonen sin voksenalder med den generelle populasjonen i HUNT vil også gi verdifull kunnskap i forhold til forebygging og bedring av helsetilbudet for ungdom som får psykiske vansker.

*Anne Karin Kristiansen.*

## Lærings- og mestrings-senteret



### Inger Marie Opøien Fagrådgiver

Lærings- og mestringsentra (LMS) er etablert for å styrke det lovpålagte arbeidet med opplæring av pasienter og pårørende (jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999). Vårt LMS ble etablert i januar 2007, og fagrådgiver Inger Marie Opøien fikk stillingen som leder. Det ble oppnevnt en opplæringskoordinator ved hver enhet som et bindeledd mellom LMS og enheten.

LMS har i samarbeid med andre ansatte i klinikken utarbeidet ulike opplæringstiltak. Som eksempel kan nevnes diagnosespesifikke dagskurs (om ADHD, Autisme-spekterforstyrrelser, Tourettes Syndrom, angst/depresjon), pårørendekvelder (om psykose, spiseforstyrrelser), søskengrupper

og informasjonsmøter om støtteordninger. Evalueringsskjema brukes systematisk mtp kvalitetssikring. Opplæringstiltakene har blitt videreutviklet ut fra erfaringer og tilbakemeldinger. En del av opplæringa har blitt faste tilbud og arrangeres jevnlig, mens enkelte tiltak har blitt endret eller avsluttet. Opplæringstiltakene planlegges, gjennomføres og evalueres også i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner, og både brukere og fagfolk bidrar med innlegg. Vårres Regionalt brukerstyrt senter er medarrangør på alle våre dagskurs. Vi har ellers jevnlig samarbeid med ADHD Norge, Norsk Tourette Forening og Rådgivning om spiseforstyrrelser.

Hovedmålgruppe for opplæringa ved LMS er foreldre/foresatte til pasienter i BUP. På dagskursene deltar også andre familiemedlemmer samt fagpersoner tilknyttet pasientene. Søsken får tilbud om et eget gruppeopplegg.

LMS har også målsetting om å drive fagutvikling, bl.a. med grunnlag i egne pilot- og spørreundersøkelser. Følgende tema/problemstillinger har vært belyst: Bedret familiefungering etter å ha deltatt på dagskurs? Bedret livskvalitet etter tema-kvelder om psykose? Gis det nok informasjon om støtteordninger? Brukerfornøydhet i BUP-klinikk.

Det var med stolthet vi i 2017 feiret 10 års-jubileum som eneste klinikk i landet med eget LMS. I løpet av de 10 årene har over 8000 foreldre, familiemedlemmer og fagfolk deltatt på kurs og opplæring, med svært positive tilbakemeldinger.

*Inger Marie Opøien*

## Lianvatnet skole 1970–2018



### Ingjerd Finsaas Kvisvik Rektor

For klinikken var starten 1.10.1968, men for skolen var oppstarten høsten 1970. Det gikk altså 2 år før skolen var etablert. Navnet var da Skolen ved BUPA Haukåsen, etter hvert ble det Skoleavdelingen ved BUP-klinikk. Aase Marie Aas Hopland ble tilsatt som første skolestyrer. Hun ble etterfulgt av Tove Wendel som var rektor i perioden 1974–1988. Etter henne fulgte Hjørdis Jensen, 1988–1993. En periode i 1978 og en periode i 1988 var Torbjørg Pedersen fungerende rektor. I mars 1993 overtok Ingjerd F. Kvisvik ledelsen av skolen. På starten av 70-tallet var det i tillegg til rektor tilsatt 4 lærere, og elevene var i hovedsak hjemmeboende med unntak av innlagte i familieavdelingen. Den store endringen kom i november 1990 med åpning av Ungdomsavdelingen med dertil hørende nytt og godt planlagt skolebygg i tillegg til det opprinnelige. I 1993 bestod skolen av 3 enheter: barnetrinnet, ungdomstrinnet og voksentrinnet. Høsten 1993 ble imidlertid voksentrinnet med personale overført til

Heimdal videregående skole. I 1999 kom en ny utvidelse: ny akuttpost og utredningspost, og samtidig utvidelse av skolen. Den var på sitt største rundt årtusenskiftet med et personale på ca. 25. Høsten 2015 opphørte familieteamet og fra da opphørte også barnetrinnet som egen enhet. Det aller meste av aktiviteten foregår nå i det nyeste skolebygget, men det opprinnelige bygget er også noe i bruk.

Skoleeier var i starten Trondheim kommune. Slik var det fram til 1991, da Sør-Trøndelag fylkeskommune overtok. I dag er Trøndelag fylkeskommune skoleeier etter fylkessammenslåing pr. 1.1. 2018. I alle år har Trondheim kommune drevet skolen, etter 1991 på vegne av fylkeskommunen. Alle på skolen er ansatt i Trondheim kommune, og personalet består i dag av 18 engasjerte ansatte med høy faglig kompetanse og samlet sett svært mye erfaring. Klinikken har hele tiden vært i endring, det har vært utvidelser, omorganiseringer, nedleggelse av tilbud, og skolen har endret seg i takt med den. Navnet Skoleavdelingen ved BUP-klinikk ble på slutten av 90-tallet endret til Lianvatnet skole. Et navn som sier noe om hvor skolen ligger og som både elever og lærere er fornøyde med.

Like viktig som et godt fungerende skolebygg, med gode arbeidsplasser til både elever og lærere, er skolens tilgjengelige alternative læringsarenaer. Sammen med skolens spesialrom gir disse oss muligheten til en praktisk og variert undervisning. Verdt å nevne spesielt er stallen, Stall Høgly, med eget lite klasserom som ble til i 2008 ved hjelp midler fra Extrastiftelsen. I tillegg disponerer vi hytte ved Lianvatnet med båt og kanoer, har tilgjengelig klatrevegg og treningsrom og en liten skolehage. Rundt alt dette ligger Bymarka som en uvurderlig ressurs.

Skolen og klinikken er to forskjellige organisasjoner, men i det faglige og daglige arbeidet med og rundt elevene opplever vi å være en integrert del av klinikken. Skolen deltar i behandlingsteam og utredningsteam hvor lærerne er viktige bidragsytere med tanke på forståelse av den enkelte elevs mestringsområder, styrker og utfordringer. Samarbeid og gode relasjoner er derfor viktige stikkord i alt arbeid på Lianvatnet skole. Det gjelder først og fremst i arbeidet med eleven, men også i forhold til foreldre og nærskoler, og ikke minst i forhold til personalet i BUP-klinikk.

*Ingjerd Finsaas Kvisvik*

# RBUP/RKBU

## RBUP 1988–2000

*fra helsepolitisk idé til klinikknær forskning og utdanning*

I nasjonal helseplan i 1988 ble det foreslått å opprette regionsentre for barne- og ungdomspsykiatri. Formålet skulle være å øke vitenskap-baseringen av den kliniske virksomheten, og heve kompetansen gjennom forskning, videreutdanning og etterutdanning. Både kvalitet og kapasitet skulle økes. I utgangspunktet skulle sentrene drive både videreutdanning, forskning og klinisk virksomhet. Den regionale planleggingen startet først i Nord-Norge i 1991 og senere på året i Midt-Norge, i samarbeid mellom fylkeskommunene, NTNU og BUP-enhetene i regionen. Alle lokale utredninger valgte bort egen klinisk virksomhet, men ønsket heller nært samarbeid med eksisterende BUP-avdelinger.

Utgangspunktet i 1991 var at fagfolk med relevante doktorgrader var få og bare befant seg på universitetene, ikke i klinikkene. Spesialistdekningen var svak, særlig i distriktene, og videreutdanning og kurs-tilbud var dominert av fagforeninger og praksis- /teoribasert kunnskap. Bare Oslo hadde en professor med nærhet til fagområdet.

De tre hovedmålene var å starte regional videreutdanning og kurs-tilbud for de fire hovedprofesjonene i BUP, å bygge opp en stab med klinisk-akademisk dobbeltkompetanse, og involvere klinikkene i forskningsprosjekter og forskningsbasert klinisk praksis. Det ble fremmet som klinisk ideal å bruke validerte og standardiserte

utredningsinstrumenter samt maualiserte og effekt-evaluerte behandlingsmetoder

I Midt-Norge ble senterets hovedbase etablert under Medisinsk Fakultet i 1995, i samme bygg som en av BUP avdelingene i Trondheim, og det ble oppfordret til gjensidige bi-stillinger mellom RBUP og klinikkene. Det ble rekruttert erfarne klinikere til doktorgradsløp og undervisningsoppgaver i både Trondheim, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal, og den vitenskapelige kompetansen ble sikret med professor Bo Larsson fra Sverige, etterhvert også professor Graham Clifford og flere vitenskapelige bistillinger.

Ved århundreskiftet var videreutdanningsprogrammet nesten fulltablert, det var et aktivt kurstilbud for klinikker og kommuner, samtidig som flere RCT-studier og andre kliniske studier begynte å resultere i vitenskapelige publikasjoner spredt ut i regionens klinikker, og i tillegg epidemiologiske studier. De fleste i doktorgradsløp hadde kliniske bistillinger, men ingen doktorgrader var fullført ennå.

*Tormod Rimehaug  
sekretær for planleggingen av RBUP Midt-Norge*

## Fra RBUP Midt-Norge til RKBU Midt-Norge

Ønske om et tettere samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge har vært konstant fra overordnet myndighet de siste 20–30 årene. Et ønske som har fått ulike konsekvenser for organiseringen av de to tjenestene opp gjennom disse årene. I gamle Sør-Trøndelag var etableringen av organisasjonen PST (Psykisk helsevern og sosiale tjenester) i 1992 en slik konsekvens. Denne organisasjonen bestod av psykisk helsevern for voksne og for barn, rustjenester og institusjonsbarnevernet. Og en del av begrunnelsen var nettopp ønske om et tettere samarbeid mellom BUP og barnevernet.

Også for kunnskapssentrene ble dette en diskusjon på begynnelsen av 2000-tallet, og på slutten av det første ti-året etter tusenårs-skiftet ble det satt i gang et arbeid for å slå sammen de tidligere regionale sentrene for barns og unges psykiske helse (RBUP) og barnevernets utviklingscenter (BUS). En sammenslåing ble vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Prosessene med gjennomføring av disse sammenslåingene skulle starte i Tromsø, gå videre til Bergen og til slutt til Trondheim. En tilsvarende prosess i Oslo ble ikke vedtatt da tidligere BUS i Oslo allerede hadde slått seg sammen med andre forskningsmiljøer i NOVA. Prosessen i Tromsø trakk dessverre i langdrag og ble ingen god prosess, mens sammenslåingen i Bergen og Trondheim ble gjennomført på en bedre måte.

Ekteskapet mellom BUS og RBUP var klart et arrangert ekteskap, på grensen til et tvangsekteskap. Men som tidligere dekan

ved fakultetet som RBUP tilhørte sa i 2012: «Sammenslåingen er absolutt arrangert, men det må vel betraktes som et fornufts-ekteskap». Vi vet av mange undersøkelser at svært mange barn i barnevernet har behov for tjenestene til psykisk helsevern for barn og unge. Vår egen undersøkelse om barn i barneverninstitusjoners psykiske helse indikerer at disse barna er minst like syke som de barna som i dag får hjelp i BUP (Kayed, 2015). Prosessen med å slå sammen BUS og RBUP i Midt-Norge startet ved årsskiftet 2011/2012, og endte opp med et vedtak i NTNU sitt styre om organisatorisk plassering. Det ble i styrevedtaket bestemt at det nye sammenslåtte senteret RKBU Midt-Norge skulle plasseres som et institutt/senter, tilknyttet Det medisinske fakultetet ved NTNU. Senterets første leder tiltrådte 1. november 2012, og nytt senter ble etablert fra 1. januar 2013.

Senterets samfunnsoppdrag er å være en tjeneste for tjenestene og har følgende 4 hovedoppgaver: tjenestetøtte, forskning, undervisning og formidling. Disse oppgavene skal målrettes kommunale helse-tjenester, kommunalt barnevern, spesialist-helsetjenestene, statlig barnevern, samt barnehager og skoler. Senteret hadde en rammefinansiering på om lag 25 millioner kroner ved oppstart i 2013. Om lag 5 millioner kom fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og om lag 20 millioner fra Helsedirektoratet. Senteret får hvert år et tilskuddsbrev fra de to direktoratene med beskrivelse av forventet aktivitet det kommende året. Dette er likelydende med oppdragsbrevene til de andre 2 RKBUene

(i Bergen og i Tromsø), og til RBUP Øst/sør i Oslo. I tillegg har RKBU Midt-Norge et tett samarbeid med de andre kunnskaps-sentrene i Trondheim, særlig med RVTS og KoRus som begge er organisert som en del av St. Olavs Hospital.

For nærmere beskrivelse av RKBU Midt-Norge sin virksomhet se [www.ntnu.no/rkbu](http://www.ntnu.no/rkbu)

*Odd Sverre Westbye*  
*Senterleder RKBU*



## Avslutning

Det har vært en glede for meg å ha fått anledning til å gjøre denne reisen gjennom BUPA/BUP sin historie, som avslutning av mine egne 28 år i klinikken. Jeg har oppdaget forhold og sider ved faget og ved arbeidsstedet mitt som jeg aldri før har kjent til, og gjennom skrivearbeidet har jeg fått øye på en livskraftig 50-åring med ei pulserende fortid og ei spennende framtid. Heldige alle dere som får delta på reisen videre!

**TAKK** til dere som tok utfordringen og har skrevet innlegg til jubileumsskriftet, og **TAKK** til kolleger rundt meg i Administrasjonen og Fagenheten som har gitt hjelp og støtte – med en særlig **takk** til min kollega på nabokontoret, Inger Marie i Fagenheten/LMS, for stor tålmodighet og for interesse og nyttige innspill  
– men aller mest **TAKK** til avd.sjef Anne-Bjørg som ga meg muligheten!

*Møyfrid Breivik  
Spesialist i klinisk pedagogikk/Fagrådgiver BUP adm*



**ST. OLAVS HOSPITAL**

UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk