

Evaluering av Prosjekt ungdomsmedisin Akershus universitetssykehus HF

Juni 2016

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

 UNGDOMSMEDISIN
VED AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



Forord

På oppdrag fra Akershus Universitetssykehus HF har PwC gjennomført en evaluering av Prosjekt ungdomsmedisin. Formålet med evalueringen har vært å belyse gjennomføringen av det fireårige prosjektet, samt måloppnåelse på prosjektets hovedinnsatsområder.

Prosjektet har berørt mange temaer og rapporten er blitt omfangsrik. For å tydeliggjøre budskapet har vi oppsummert hovedfunn og anbefalinger for videre arbeid mot slutten av hvert kapittel. I siste kapittel av rapporten drøftes prosjektets samlede måloppnåelse, samt anbefalinger til helseforetakets videre arbeid med ungdomsmedisin etter at prosjektperioden er over.

Gjennom prosjektperioden har PwC hatt dialog og jevnlig møter med oppdragsansvarlig ved Akershus universitetssykehus, prosjektleder Kjersti Sirevåg. PwC står alene ansvarlig for alle konklusjoner og anbefalinger i denne rapporten.

Fra PwCs side er arbeidet utført av Kathrine Leirkjær Støve (prosjektleder) og Isabelle Johannessen Golf, med Kjetil Henrik Rykkje som ansvarlig partner på oppdraget.

PwC takker Akershus universitetssykehus for et spennende oppdrag og et godt og konstruktivt samarbeid gjennom prosjektperioden.

Kristiansand, 9. juni 2016

Kjetil Henrik Rykkje

Partner

Kathrine Leirkjær Støve

Prosjektleder

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	5
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for oppdraget.....	9
1.2 Metodisk gjennomføring	9
1.3 Leserveiledning	10
2 Satsning på ungdomsmedisin	12
2.1 Ungdomsmedisin på agendaen – hvorfor?.....	12
2.2 Ahus prioriterer ungdomsmedisin	12
2.3 Prosjekt ungdomsmedisin	13
2.4 Modell for ungdomsvennlig sykehus	14
3 Prosjektgjennomføring	16
3.1 Prosjektets organisering	16
3.2 Evaluering av prosjektgjennomføring.....	17
4 Sikre gode overganger.....	20
4.1 Prosjektplanlegging, gjennomføring og implementering	20
4.2 Utarbeidelse av overgangsforløpene	21
4.3 Erfaringer fra implementeringen	22
4.4 Måloppnåelse	24
4.5 Anbefalinger for videre implementering	26
5 Sikre brukermedvirkning.....	27
5.1 Opprettelse av ungdomsråd.....	27
5.2 Ungdomsrådets arbeid.....	30
5.3 Prosjektet «Ungdomsrådet – av ungdom for ungdom»	31
5.4 Prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?»	31
5.5 Måloppnåelse	32
5.6 Videreutvikling av Ungdomsrådet	33
6 Ungdomsvennlige arealer og tilbud	34
6.1 Ungdomsvennlige arealer	34
6.2 Tilpasset informasjon	35
6.3 Gode møter mellom helsepersonell og ungdom.....	36
6.4 Kveldsåpen poliklinikk.....	36

6.5 Videreutvikling av ungdomsvennlige arealer og tilbud	36
7 Andre innsatsområder	38
7.1 Stimulere forskningsaktivitet	38
7.2 Nettverksarbeid og kommunikasjon	38
7.3 Kompetanse, strategi	39
8 Samlet vurdering	41
8.1 Måloppnåelse i henhold til mandat	41
8.2 Måloppnåelse i henhold til visjon	41
8.3 Veien videre – anbefalinger til implementering i varig drift	42
8.4 Videreutvikling av Ahus som et ungdomsvennlig sykehus	43
Vedlegg	45
Litteraturliste	45
Oversikt over interne presentasjoner	46
Oversikt over eksterne presentasjoner	47
Disclaimer	49

Sammendrag

PwC Consulting har gjennomført en evaluering av «Prosjekt ungdomsmedisin» ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Evalueringen er utført i perioden april-juni 2016 på oppdrag for Barne- og ungdomsklinikken ved Ahus. I denne rapporten presenteres resultatene av evalueringen.

Ungdomsmedisin er et (av åtte) strategiske satsingsområder ved Ahus forankret i den strategiske utviklingsplanen, og en av Barne- og ungdomsklinikkens hovedsatsinger i perioden 2012 – 2016. I 2012 ble det organisert som et eget prosjekt, «Prosjekt ungdomsmedisin». Prosjektet har hatt tre hovedformål:

- Sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger
- Sikre reell brukermedvirkning fra ungdom
- Utvikle tilbud og lokaliteter til ungdom

Prosjekt ungdomsmedisin planlegges avsluttet i august 2016, etter fire år.

Evalueringen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med et bredt utvalg av informanter som har deltatt i prosjektet eller har kjennskap til prosjektet, samt relevante prosjektdokumenter. I tillegg har vi gjennomført intervju med enkelte eksterne aktører, som har god kjennskap til ungdomshelsefeltet.

Formålet med evalueringen har vært å evaluere selve prosjektgjennomføringen, prosjektets måloppnåelse på de tre hovedinnsatsområdene nevnt ovenfor, samt formålsrealisering.

Prosjektgjennomføring

Prosjekt ungdomsmedisin har hatt en tradisjonell organisering av prosjektet. Prosjektet har vært eid av styringsgruppens leder (klinikkdirektør i BUK), og prosjektleder har jobbet tett med et prosjektteam. Prosjektleder har rapportert til styringsgruppen jevnlig gjennom hele prosjektperioden. Erfaringene fra informantene er at selve prosjektstrukturen har vært hensiktsmessig organisert.

Evalueringen viser at det har vært noen utfordringer knyttet til styringsgruppens rolle og sammensetning, i tillegg til utfordringer vedrørende intern kommunikasjon. Konsekvensene av utfordringene har samlet sett resultert i noe manglende forankring i enkelte avdelinger, spesielt i voksenmedisinske avdelinger. Til tross for dette, har prosjektet i stor grad oppnådd de målene som ble satt, takket være engasjerte prosjektressurser.

Sikre gode overganger

Å utvikle gode overgangsmodeller mellom avdelinger i BUK og avdelinger tilknyttet voksenmedisin har vært Prosjekt ungdomsmedisins overordnede målsetting. Arbeidet startet med grundig kartlegging av aktuelle overgangsmodeller, og tilpasning av valgt modell til norske forhold. Basert på dette ble det utarbeidet en overordnet retningslinje, med utgangspunkt i tre faser og detaljerte rollebeskrivelser for involverte ressurser. Ungdomsrådet fikk medvirke i utarbeidelsen av denne, og oppgir at overgangsløpene ivaretar aspekter som ungdom etterlyser en bedre ivaretagelse av.

Det ble besluttet å prøve ut overgangsforløp for diagnosegruppe diabetes som en pilot i første omgang. Det har blitt gjort en grundig evaluering av piloten, både midtveis og etter fullført implementering. Resultatene var gode, og medførte utrulling av overgangsforløp blant to andre faggrupper, kardiologi og fordøyelse.

Denne evalueringen viser at overgangsforløpene har vært godt planlagt. Dedikerte ressurspersoner fra både BUK og voksenavdeling innenfor den samme fagområde har samarbeidet om å tilpasse de overordnede retningslinjene for overgangsforløp til sin pasientgruppe. Evalueringen tyder videre på at helsepersonell i både diabetes og hjerte har implementert overgangsforløpene i både BUK og voksenavdeling, i betydningen av at de i all hovedsak gjennomfører de ulike aktivitetene som det legges opp til i de tre ulike fasene. Samarbeidet mellom BUK og voksenavdeling innen hjerte vurderes likevel å ikke fungere godt nok enda. Vi har dessverre ikke tilsvarende informasjon vedrørende implementeringen blant faggruppe fordøyelse.

I løpet av prosjektperiodens siste måneder skal overgangsforløp implementeres i til sammen åtte andre faggrupper, fire før sommeren og fire etter sommeren 2016. I løpet av prosjektperioden er det ikke ambisjoner om å utvikle overgangsforløp i Kirurgisk divisjon og Divisjon for psykisk helse.

Gjennom prosjektet har det fremkommet bred enighet blant informanter om at det er behov for å følge opp implementeringen av overgangsforløp tett. Vi har følgende anbefalinger til det videre arbeidet:

- Implementering i de ulike avdelingene bør følge en detaljert fremdriftsplan
- Avdelingene bør rapportere på aktiviteter i implementeringen
- Tydeliggjøre at eksisterende roller og ansvarsoppgaver varer utover prosjektperioden
- Synliggjøre positive erfaringer og måloppnåelse
- Fortsatt fokus på god kommunikasjon med ungdom

Sikre brukermedvirkning

Hovedmålsettingen innenfor dette området var å opprette et Ungdomsråd, som kunne representere unge pasienter ved Ahus, og som i første omgang skulle representere ungdommens stemme i de ulike delprosjektene som ble satt i gang i Prosjekt ungdomsmedisin. Ungdomsrådet ble opprettet i løpet av prosjektets første år, og det ble gjort et grundig forarbeid med undersøkelse av aktuelle modeller for ungdomsråd, utarbeidelse av mandat og rekruttering av rådsmedlemmer. Evalueringen viser også at det innledende arbeidet med å sette ungdomsrådet i stand til å fungere godt, har vært vellykket og bidratt til god gruppedynamikk. Koordinatorrollen trekkes også frem som sentral for at ungdomsrådet skal fungere godt.

Som en del av dette innsatsområdet har prosjektledelsen også fått innvilget midler til to øvrige prosjekter, «Ungdomsrådet – av ungdom, for ungdom» og «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?», basert på behov som har oppstått i etterkant av etableringen av ungdomsrådet.

Evalueringen tyder på at ungdomsrådet har vært sterkt delaktige i alle aktiviteter i prosjektet som de var tiltenkt å medvirke i. Dette gjelder både utforming av ungdomsvennlige arealer, tilpasning av informasjonsmateriell til ungdom og opprettelse av overgangsforløp for gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger. I tillegg har de bidratt på nasjonalt nivå med å gi råd til hvordan andre helseforetak bør gå frem for å opprette egne ungdomsråd, gjennom det nevnte delprosjektet «Hvordan lykkes med ungdom i helseforetak?».

På spørsmålet om hvorvidt ungdomsrådet opplever at deres medvirkning er reell, i den forstand at deres innspill blir tatt på alvor og de får påvirkningsmuligheter, viser evalueringen også god måloppnåelse. Representantene stiller likevel spørsmål til hvorvidt de fremover bør være representert på flere arenaer enn hva de er i dag, særlig dersom det skal tas beslutninger som omhandler ungdomsrådet og deres måte å arbeide på.

Evalueringen har identifisert følgende områder som bør ses nærmere på for å videreutvikle Ungdomsrådet.

- Vurdere hvor stor stillingsprosent koordinatorrollen skal utgjøre
- Etablere faste møtearenaer mellom Ungdomsrådets koordinatorene og ledelsen
- Fokus på å gjøre Ungdomsrådet kjent blant ungdomspasienter på Ahus
- Vurdere hvorvidt Ungdomsrådet kan involveres på flere ledelsesarenaer

Utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud

Innenfor dette innsatsområdet har det i løpet av prosjektperioden blitt arbeidet med å gjøre enkelte deler av lokalene i BUK mer ungdomsvennlige, samt tilpasning av informasjonsmateriell til ungdom som målgruppe.

På BUK har det i løpet av prosjektperioden blitt utviklet et eget ungdomsrom i 4. etasje i Avdeling Barn og unge (ABU), der hvor unge pasienter legges inn på BUK. Det har også blitt utviklet et ungdomsvennlig behandlingsrom i poliklinikken og en ungdomsvennlig ventesone i barnemottak. Evalueringen viser at særlig ungdomsrommet ser ut til å være et godt tilbud til ungdom. Tilbudet ser ut til å treffe ungdom som målgruppe. Det vurderes likevel som en utfordring at ungdom på voksenavdelinger ikke har tilsvarende tilgang på liknende fasiliteter.

I prosjektperioden har det også blitt utviklet en rekke ulike brosjyrer og annet informasjonsmaterieell spesifikt rettet mot ungdom. Disse vurderes å være godt tilpasset ungdom som målgruppe, både når det gjelder innhold og utforming. Det tyder imidlertid på at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad deler brosjyrene ut til aktuelle ungdom, og at utdeling av disse ikke er godt nok innarbeidet i rutiner enda. Dette gjelder både informasjon til ungdom som får oppfølging på poliklinikken, men også informasjon til ungdom som legges inn på ABU.

Muligheten for utvidet åpningstid på poliklinikken i BUK har også blitt utredet som en del av prosjektet. Dette er en organisatorisk endring som er utfordrende å gjennomføre, og som foreløpig er på et vurderingsstadium.

Gjennom intervjuene har det også kommet opp andre forslag til hvordan Ahus kan utvikle sine arealer til å bli enda mer ungdomsvennlige.

- Utvikle ungdomsvennlige arealer på voksenavdelinger
- Utvikle en egen ungdomsfløy eller sone i Avdeling Barn og unge (BUK)
- Øke aldersgrensen på BUK til opptil 23 år
- Spre informasjon om tilbudene og informasjonsmateriellet rettet mot ungdom

Andre satsningsområder

I tillegg til de tre hovedinnsatsområdene har prosjektet også hatt flere andre målsettinger. En av disse var å stimulere til forskning om ungdomsmedisin. Foreløpig har det ikke blitt igangsatt konkrete forskningsprosjekter. Ahus har imidlertid inngått samarbeid med Universitetet i Oslo om utvikling av digitale løsninger for ungdom med langvarige helseutfordringer.

I prosjektperioden har det også blitt arbeidet med nettverksbygging og utadrettet kommunikasjon om satsningen på ungdomsmedisin. Prosjektleder, prosjekteier med flere har holdt en rekke presentasjoner på både nasjonale og internasjonale arenaer, samt bidratt med inspirasjon og støtte til arbeid innen ungdomsmedisin ved andre helseforetak. Det har også blitt gjennomført en rekke kommunikasjonstiltak om prosjektet på ulike arenaer internt på Ahus.

Prosjektet hadde også som målsetting å arbeide med å heve kompetansen innen ungdomsmedisin blant helsepersonell. En av prosjektets leveranser har vært utarbeidelsen av et e-læringsprogram rettet mot helsepersonell, tilgjengeliggjort på nettsiden www.ungdomsmedisin.no. Nettsidene vurderes som gode av informanter i evalueringen, men det fremkommer et det hittil er relativt få ansatte i helseforetaket som har benyttet materiellet hittil.

Samlet vurdering

Evalueringens hovedkonklusjon er at Prosjekt ungdomsmedisin har vært et vellykket prosjekt, som i stor grad har realisert målsettingene som ble satt fra starten. I løpet av prosjektperioden har Ahus i tillegg fått innvilget prosjektmidler som har bidratt til at flere nye delprosjekter har blitt realisert.

Gjennom prosjektet har Ahus oppnådd å bli et foregangshelseforetak innen ungdomsmedisin, som i stor grad er med på å legge premissene for det nasjonale arbeidet på feltet. Andre helseforetak ser til Ahus for å utvikle mer ungdomsvennlige helsetjenester ved eget helseforetak.

Evalueringen har imidlertid avdekket at satsningen på ungdomsmedisin fortsatt ikke er godt forankret i alle deler av helseforetaket. Dette gjelder især i voksenmedisinske avdelinger, samt i psykisk helsevern. Også i BUK tyder det på at satsningen fortsatt er sårbar med hensyn til å være avhengig av enkelte engasjerte ressurspersoner.

Anbefalinger for videre arbeid

Prosjekt ungdomsmedisin skal formelt avsluttes i august 2016. For at det igangsatte arbeidet skal videreutvikles og implementeres godt, har vi følgende anbefalinger.

- Prosjektet bør ha en tydelig avslutning, som markeres og med informasjon om hva prosjektet har oppnådd og hvordan arbeidet videreføres.
- Prosjektledelsen eller styringsgruppen må kommunisere sine forventninger for arbeidet fremover, til både Ahus og til BUK.

- For å unngå at prosjektet anses som et «barneanliggende», bør satsningen på ungdomsmedisin forankres på høyere nivå i helseforetaket enn i BUK.
- For at klinikkjefer og avdelingsledere skal følge opp implementeringen av overgangsforløp, bør dette formuleres i deres oppdragsbrev. Det bør også være tema på eksisterende samarbeidsmøter, både på avdelingsnivå, klinikknivå og helseforetaksnivå. I hver avdeling bør det være ansvarlig lege og koordinator som har dedikert ansvar for videreføring og videreutvikling av overgangsforløpene, både i barn og voksen.
- Det bør opprettes felles arenaer for informasjonsutveksling slik at avdelingene i større grad ser verdien av arbeidet med ungdom som pasientgruppe, herunder overgangsforløpene.

Gjennom evalueringen fremkommer det at det blir viktig å holde fokus på de initiativene som er satt i gang i prosjektperioden, før man satser på nye tiltak for å utvikle et mer ungdomsvennlig helseforetak. Eksterne aktører har pekt på følgende to områder som kan være aktuelle å arbeide videre med på lengre sikt:

- I større grad tilby gruppemøter hvor ungdom møter ungdom
- Opprette ungdomskontakter på alle avdelinger

Utover dette har vi i tillegg identifisert følgende områder som det bør vurderes å arbeide systematisk med fremover:

- Fokus på kompetanseheving internt
- Forskning på deler av det arbeidet som er satt i gang

1 Innledning

PwC Consulting har gjennomført en evaluering av «Prosjekt ungdomsmedisin» ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Evalueringen er utført i perioden april-juni 2016 på oppdrag for Barne- og ungdomsklinikken (BUK). I denne rapporten presenteres resultatene fra evalueringen.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Ungdomsmedisin er et av åtte strategiske satsingsområder ved Ahus og Barne- og ungdomsklinikken i perioden 2012 – 2016, forankret i den strategiske utviklingsplanen. I 2012 ble satsningen organisert som et eget prosjekt, «Prosjekt ungdomsmedisin». Prosjektet har hatt tre hovedmålsettinger:

- Sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger
- Sikre reell brukermedvirkning fra ungdom
- Utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud

Denne evalueringen vil sentrere seg rundt å evaluere hvordan selve prosjektet har blitt gjennomført, i tillegg til måloppnåelsen på de tre innsatsområdene over. Til hvert innsatsområde er det utviklet flere tiltak og nye delprosjekter. Evalueringen vil også ta sikte på å belyse i hvilken grad Ahus har oppnådd de fem målsettingene i sin visjon, jf. mandatet for Prosjekt ungdomsmedisin. I tillegg vil komme med anbefalinger til videre implementering etter prosjektperioden.

1.2 Metodisk gjennomføring

Evalueringen baserer seg på kvalitative intervjuer og dokumentanalyse.

Vi har gjennomført intervjuer med følgende informanter ved Ahus:

- Kjersti Sirevåg, prosjektleder for Prosjekt ungdomsmedisin
- Representanter for prosjektets styringsgruppe
 - Jan Petter Odden, Klinikkdirektør BUK (prosjekteier)
 - Ingrid Claesson, Avdelingssjef, Poliklinikk for Barn og ungdom, BUK
 - Johnny Jakobsen, Avdelingssjef, Avdeling Barn og ungdom, BUK
 - Betty van Roy, Avdelingssjef Barn og unges psykiske helse, BUK
 - Aud Inger Hvideberg, Avdelingssjef Stab og kontortjenester, BUK
 - Knut Wærstad, Avdelingssjef, Avdeling habilitering, BUK
 - Hilde Bratlie Hjellup, Avdelingssjef, Avdeling kompetanse og utvikling, Enhet for medisin og helsefag
 - Anita Kristin Bjørnstad, Ass. Divisjonssjef, Medisinsk Divisjon
 - Morten Grøvli, Avdelingssjef, Avdeling BUP, Divisjon psykisk helsevern
- Representanter for Ungdomsrådet
 - Guro Elshaug Schjønneberg, leder
 - Stian Hoff Berg, nestleder
 - Julie Mangersnes, koordinator, BUK
- Helsepersonell med erfaring fra overgangsforløp innen faggruppene diabetes og hjerte, fra BUK og Medisinsk divisjon. Vi lyktes ikke å få med informanter fra faggruppe fordøyelse.
- Helsepersonell med erfaring med utarbeidelsen av ungdomsvennlige lokaler og tilbud
- Seniorrådgiver og e-læringskoordinator, Avdeling kompetanse og utdanning, Enhet for medisin og helsefag

I tillegg har vi intervjuet representanter for enkelte eksterne aktører som hadde relevante perspektiver, sett utenfra Ahus. Dette gjelder:

- Helsedirektoratet

- Norsk Nettverk for Unges Helse (NNUH), ved styremedlemmer fra ulike helseregioner
- Ungdomsmedisinsk videnscenter ved Rigshospitalet i København
- Unge Funksjonshemmede

Vi har også fått tilgang til en rekke interne prosjektdokumenter fra Ahus, som har utgjort et viktig kunnskapsgrunnlag. Fullstendig liste over dokumenter fremkommer i vedlegg 1.

Metodiske begrensninger

Evalueringen er basert på et relativt begrenset datagrunnlag. Dette har vært bevisste avveininger, ut ifra hva som har vært formålet med evalueringen, samt prioriteringer innenfor evalueringens relativt begrensede kostnads- og tidsramme.

Evalueringen har lagt vekt på å vurdere måloppnåelsen i de ulike delprosjektene som er gjennomført i prosjektperioden. For å kunne måle dette fullt ut, er det en forutsetning å snakke med reelle brukere, altså ungdomspasienter. Dette har ikke vært mulig, og er således den største svakheten med prosjektevalueringen. For å imøtese dette, har vi intervjuet representanter fra ungdomsrådet som skal representere brukernes stemme utad.

Videre har utvalget av informanter vært representert i hovedsak av personer som har vært sterkt delaktige i prosjektet. Vi har ikke intervjuet ansatte som i mindre grad har vært berørt av satsningen på ungdomsmedisin eller pasienter. Et bredere utvalg av informanter ville sannsynligvis gitt mer nyanserte funn. Det ble forsøkt å rekruttere informanter til bredere fokusgrupper, men dette var ikke mulig.

Evalueringen fokuserer også kun på arbeidet som er gjort ved Ahus, uten å sammenligne med hvordan andre helseforetak arbeider med ungdomsmedisin. En komparativ analyse med andre helseforetak ville gitt et bredere grunnlag for å vurdere arbeidet som er gjort ved Ahus. For å imøtekomme dette har vi imidlertid intervjuer representanter for andre helseforetak, paraplyorganisasjonen Unge Funksjonshemmede, samt Helsedirektoratet. Vi vurderer at vi derfor likevel har fått frem noen relevante komparative perspektiver, som bygger opp under resultatene. Det var også planlagt å intervju representant fra de eksterne aktørene Barneombudet, Helse og omsorgsdepartementet (HOD), Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) samt flere representanter fra NNUH. Årsaken til at vi ikke har intervjuet disse var manglende respons.

1.3 Leserveiledning

Rapporten er bygd opp rundt følgende struktur:

- Kapittel 2 inneholder en beskrivelse av Ahus sin satsning på ungdomsmedisin
- Kapittel 3 omhandler prosjektgjennomføringen, herunder prosjektorganisering og vurderinger av prosjektgjennomføringen.
- Kapittel 4 til 7 omhandler prosjektets måloppnåelse på ulike innsatsområder.
 - I kapittel 4 beskriver vi prosjektets leveranser og måloppnåelser knyttet til å sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger.
 - I kapittel 5 beskriver vi prosjektets leveranser og vurdering av måloppnåelse knyttet til å sikre brukermedvirkning.
 - I kapittel 6 beskriver vi prosjektets leveranser og vurdering av måloppnåelse knyttet til utviklingen av ungdomsvennlige arealer og tilbud.
 - I kapittel 7 beskriver vi prosjektets øvrige leveranser, som omhandler å stimulere til forskningsaktivitet, nettverksarbeid og kommunikasjon, samt kompetanse og strategi, samt vurdering av måloppnåelse på disse områdene.

- I kapittel 8 har vi samlet våre vurderinger av prosjektets måloppnåelse, samt utarbeidet anbefalinger for det videre arbeidet med å utvikle Ahus til et ungdomsvennlig sykehus.

2 Satsning på ungdomsmedisin

2.1 Ungdomsmedisin på agendaen – hvorfor?

Dagens helsetjenester er i hovedsak tilpasset barn *eller* voksne, mens ungdom ofte faller mellom to stoler. Ungdommene sier selv at Ole Brumm og tegneblyanter er for barnslig, men samtidig er det litt tidlig å bli overlatt til seg selv.

Overgangen til voksenmedisin krever at ungdommen får hjelp til gradvis selvstendigjøring i rollen som helsetjenestebruker. Å gjøre ungdom delaktig i egen helse og behandling gir mer kompetente og mer effektive helsetjenestebrukere, minsker risiko for senkomplikasjoner og øker livskvaliteten for ungdommen og familiene.¹

Det er påkrevd med handlingsplaner for håndtering av pasientflyt mellom barne- og voksenavdelinger. Flere land har de siste årene satt fokus på overgangsforløp og utviklet modeller og materialet som kan tas i bruk. Disse kan vise til lavere sykkelighet og færre innleggelser blant ungdomspasientene. Foreløpig mangler Norge erfaring på dette området. Voksenmedisin trenger økt kunnskap om sykdom som debuterer i barndomsårene og hvordan disse utvikler seg i ungdomsårene. Dette er også sentralt i Helse Sør-Øst sin satsning på områdeplaner.¹

Helsemyndighetene har de siste årene rettet oppmerksomhet mot ungdomshelse. Etter at de fikk gjennomført en kartlegging på feltet i 2012, som resulterte i rapporten «Helsetilbud til ungdom og unge voksne», har det blitt økende fokus på at ungdom har et mangelfullt helsetilbud, i både primær- og spesialisthelsetjenesten. I juni 2016 vil Helse- og omsorgsdepartementet publisere den første nasjonale strategien som omhandler ungdomshelse.

2.2 Ahus prioriterer ungdomsmedisin

Ungdommer utgjør 8-12 prosent av pasientgrunnlaget på Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Ahus. Hovedtyngden av ungdomspasienter har sammensatte og langvarige sykdommer som kroniske somatiske tilstander, somatisering og psykosomatiske lidelser. Eksempler er diabetes, kreft, cerebral parese, kronisk utmattelse og kroniske smertetilstander. Disse ungdommene vil ha behov for langvarig helsehjelp og utgjør en risikogruppe for utvikling av mentale, psykososiale og familiære problemer.²

Da Ahus' strategiske utviklingsplan ble utarbeidet, arbeidet ingen andre sykehus i Norge systematisk med ungdomsmedisin og overgangen mellom ungdomsmedisin til voksenmedisin. Dette var enda en grunn for at ungdomsmedisin ble ett av de åtte satsingsområdene ved BUK og Ahus i perioden 2012 – 2016, forankret i den strategiske utviklingsplanen. BUKs visjon for ungdomsmedisin er som følger²

1. faglig innovativ og fremragende. Per i dag (år 2012) er det ingen sykehus i Norge som jobber systematisk med ungdomsmedisin og transisjon mellom ungdomsmedisin - voksenmedisin. BUK modellen har alle forutsetninger for å utmerke seg nasjonalt i forhold til dette.

2. bidra til å trekke til oss kompetent arbeidskraft. Ungdomsmedisin er et nytt arbeidsfelt. Å ha klare mål og rammer for hvordan møte og jobbe med unge helsebrukere, samt være innovativ vil rekruttere helsearbeidere som ønsker å jobbe med ungdom

3. gjøre oss til pasientens førstevalg. Brukerorganisasjonen Unge Funksjonshemmede etterlyser i sin tiltaksplan at helseforetak tar ungdom på alvor og sikrer gode overganger. Å møte dette behovet vil trygge ungdomspasienter og samarbeidspartnere rundt ungdom og gjøre BUK til et førstevalg

¹ Fra mandat til Prosjekt ungdomsmedisin

² Strategisk utviklingsplan 2012-2016

4. være posisjonerende. BUK har etablert seg som 1. barneavdeling med aldersgrense 18 år, integrert BUP og habilitering. Å fylle dette konseptet ytterligere med innhold vil sikre en posisjon som førende barne- og ungdomsklinikk i Norge. Ungdomsmedisin er satt på kartet politisk/ av brukerorganisasjoner og innenfor fagfeltet pediatri. Vårt nedslagsfelt og BUK modellen gir masse muligheter for å sette oss i førersete.

5. være realiserbar innen strategiperioden. Mye er på plass allerede (erfaring med ungdom, tverrfaglig tilbud...). En prosjektorganisering og midler rundt de foreslåtte satsingsområder vil sikre resultater i strategiperioden

“Ahus vil utvikle gode overgangsmodeller mellom ungdoms- og voksenmedisin. Vi vil designe behandlingslinjer og mål for ungdomspasienter med forskjellige diagnose”

*Akershus universitetssykehus,
strategiske utviklingsplan 2012-2016*

2.3 Prosjekt ungdomsmedisin

BUK har mye erfaring med samarbeid rundt enkeltpasienter, men det er behov for mer systematisk og forpliktende samhandling på tvers av fagområder og nivåer.¹ I lys av strategisk utviklingsplan ble arbeidet med ungdomsmedisin som satsingsområde, organisert som et eget prosjekt, «Prosjekt ungdomsmedisin», i 2012.

Prosjektets målsetting og mandat

Prosjektets overordnede målsetting var å utvikle gode overgangsforløp mellom barn/ungdom- og voksenmedisin. Gode overganger betegner en prosess der barn med kroniske eller langvarige sykdommer får tilpasset informasjon og økende ansvar for oppfølging av egen helse gjennom tenårene, og ivaretas spesielt i perioden der ansvaret for videre helsekontroller overføres til en voksenavdeling. Målgruppen for prosjektet var primært ungdom med kroniske sykdommer med behov for behandling/oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skulle videre bidra til å utvikle tilbud generelt til ungdom i BUK, med lokaler og aktiviteter tilpasset ungdomsgruppen. Her skulle ungdommenes stemme bli hørt og få medvirke i utvikling av tiltak og tilbud, og på denne måte sikre brukermedvirkning.¹

Prosjektet hadde følgende opprinnelige mål, med tilhørende delprosjekter og hovedaktiviteter:

Mål	Delprosjekt	Aktiviteter
Sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger	Etablere overgangsforløp i utvalgte diagnosegrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge og gjøre utvalg internasjonale overgangsmodeller- og verktøy • Utvikling og utprøving av gode transisjonsmodeller- modeller for overgang mellom ungdomsmedisin og voksenmedisin • Utvikle spesifikke behandlingslinjer/ forløp og mål innenfor forskjellige diagnosegrupper • Implementere overgangsmodeller i

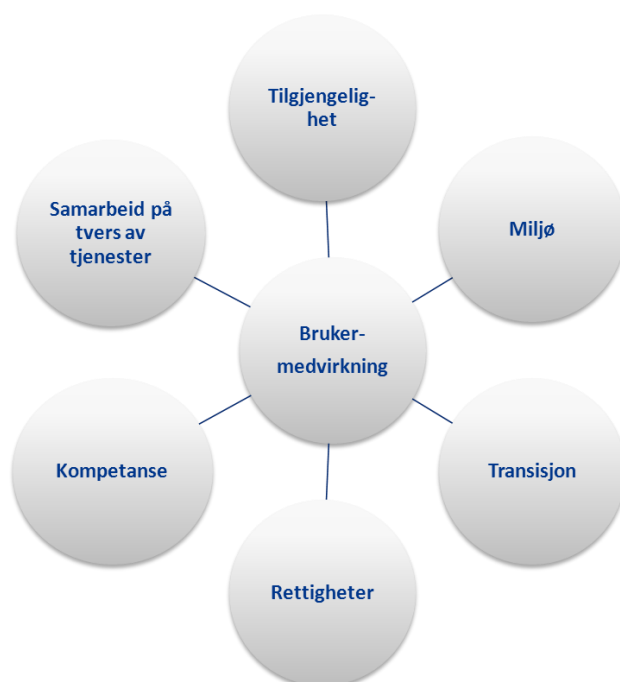
		behandlingsforløp, innen utvalgte fagområder/diagnosegrupper
Sikre reell brukermedvirkning fra ungdom	Etablere ungdomsråd	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere ungdomsråd – for å oppnå brukermedvirkning og brukerperspektiv • Drive ungdomsråd
Utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud	Få på plass ungdomsvennlige lokaliteter og tilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Opprette «Timeout», eget ungdomsrom i BUK • Ungdomsvennlig ventesone i barnemottak • Ungdomsvennlig behandlingsrom på poliklinikk • Egen nettside: ungdomsmedisin.no • Lage brosjyrer og informasjonsmateriell

2.4 Modell for ungdomsvennlig sykehus

Prosjekt ungdomsmedisin utarbeidet modellen i tidlig prosjektfase (2012) etter en innledende kartlegging av området ungdomshelse/ ungdomsmedisin nasjonalt og internasjonalt. Modellen bygget på en sammenstilling av Quality criterias (UK) og Ung helse 2020, rettet mot sykehus. Modellen har blitt brukt som et “kart” i dette nybrottsarbeidet, og temaene er blitt brukt bla i arbeid med Ungdomsrådet.

Ahus sin modell for ungdomsvennlig sykehus fremkommer i figuren nedenfor.

Figur 1 Modell for ungdomsvennlig sykehus



Dimensjon	Mål
Tilgjengelighet	Handler om å ha på plass lett tilgjengelig informasjon og tjenester tilpasset ungdom
Miljø	Sykehusavdelinger, legekontorer og ventesoner bør tilpasses de unges behov. I tillegg bør det tilrettelegges for at ungdom kan holde kontakten med venner, kjæreste og familie under innleggelse.
Transisjon	Handler om gode overganger mellom helsetjenester for barn og helsetjenester for voksne. Det handler om å sikre at behandlingsforløpet oppleves koordinert og samordnet, med gradvis overføring av ansvar til pasienten.
Rettigheter	Informere ungdom om hvilke rettigheter de har, inkludert taushetsplikt og samtykke. Dette innebærer at helsepersonell er godt kjent med unges rett til konfidensialitet og samtykke.
Kompetanse	Behandlerkompetanse: Handler om forståelse, holdninger og kunnskap. Ha god kjennskap til ungdoms bio-psyko-sosiale utvikling og vite hva som er god kommunikasjon med ungdom
Samarbeid på tvers av tjenester	Sikre godt samarbeid på tvers av tjenester og mellom barne- og voksenavdelinger.

De ulike elementene som inngår i modell for ungdomsvennlig sykehus dekker godt de temaene som inngår i disse dokumentene. Ahus sin modell må således kunne sies å ta hensyn til de aspektene som forskning og erfaringer fra andre land viser seg å være de mest sentrale for å utvikle ungdomsvennlige helsetjenester. Prosjekt ungdomsmedisin har i hovedsak dreid seg om å utvikle ungdomsvennlige spesialisthelsetjenester, for ungdom på sykehus. Samarbeid omhandler i Ahus sin modell primært samarbeid mellom barne- og voksenavdelinger. Ungdomshelsefeltet generelt vektlegger også samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, samt samhandling mellom helsesektoren og andre sektorer, som utdanning.

Buk valgte i 2014 å etablere et internt fagråd for å styrke kompetansebygging og implementering av ungdomsmedisin i klinikken. I oppstarten av fagrådet, var det et tydelig behov for å etablere en felles plattform og forståelse av hva ungdomsmedisin handler om både på overordnet og konkret nivå. Modell ungdomsvennlig sykehus ble brukt som et verktøy til dette. I løpet av tre workshops høsten 2015, arbeidet fagrådet frem forslag til konkrete kriterier/ standarder for et ungdomsvennlig BUK.

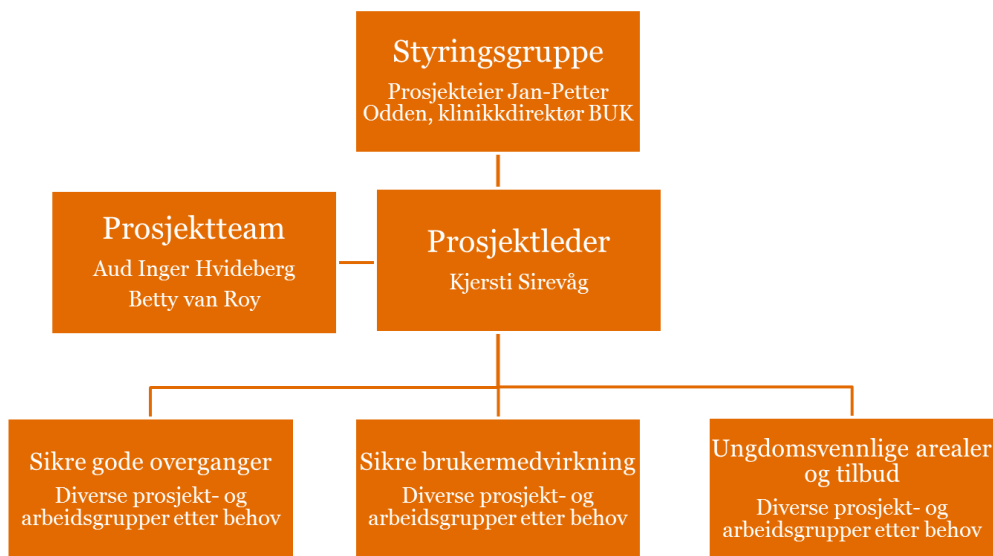
3 Prosjektgjennomføring

I dette kapittelet ser vi nærmere på hvordan Prosjekt ungdomsmedisin har blitt gjennomført, herunder hvordan prosjektet har vært organisert. Vi presenterer perspektiver fra informanter som har hatt ulike roller i prosjektet, samt informanter som kjenner prosjektet uten å ha vært direkte involvert i det selv. Dette omhandler blant annet perspektiver på prosjektets forankring i helseforetaket, fremdrift og leveranser.

3.1 Prosjektets organisering

Prosjekt ungdomsmedisin ble opprettet i 2012 med følgende prosjektorganisering³:

Figur 2 Prosjektorganisering - Prosjekt ungdomsmedisin



Styringsgruppen besto i første omgang av ledergruppen i Barne- og ungdomsklinikken (BUK):

- Avdeling barn og ungdom – ved avdelingssjef Johnny Jakobsen
- Poliklinikk for barn og ungdom – avdelingssjef Ingrid Claesson
- Avdeling for leger – avdelingssjef Erik Borge Skei
- Avdeling FOU – avdelingssjef Britt Nakstad
- Avdeling barn og unges psykiske helse – avdelingssjef Betty van Roy
- Avdeling for habilitering – avdelingssjef Knut Wærstad
- Avdeling stab og kontortjenester – avdelingssjef Aud Inger Hvideberg
- Ansattes representant – Anne Marte Tollefsen (til og med 2013)

Det ble i tidlig fase rekruttert inn en representant fra voksen somatisk avdeling (Tone Nerdrum, overlege Avdeling for hjertesykdommer). Senere er styringsgruppen blitt styrket med representanter fra flere andre avdelinger:

- Medisinsk Divisjon - ved Anita Kristin Bjørnstad, ass.divisjonsdirektør (erstattet Tone Nerdrum)

³ Oversikt Prosjekt ungdomsmedisin 2012

- Enhet for medisin og helsefag – ved direktør Pål Wiik
- Divisjon psykisk helsevern – ved avdelingssjef Morten Grøvli

Prosjektleder har vært Kjersti Sirevåg. Kjersti er utdannet sykepleier med lang erfaring i klinikken og tilleggsutdannelse innen ledelse. Hun startet i full stilling som prosjektleder 12. april 2012, og stillingen ble lagt inn under avdeling Barn og unges psykiske helse med Betty van Roy som nærmeste leder. Fra 2014 ble prosjektet flyttet under Avdeling for stab og kontortjenester, under leder Aud Inger Hvideberg.

Prosjektleder har jobbet tett sammen med Aud Inger Hvideberg og Betty van Roy som en **prosjektteam** gjennom hele prosjektperioden.

Etter behov, har prosjektet knyttet til seg ulike **fag- og ressurspersoner i BUK og Ahus forøvrig**. Dette har blitt gjort i tilknytning til ulike delprosjekter innenfor de tre hovedmålene

- Sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger
- Sikre reell brukermedvirkning fra ungdom
- Utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud

3.2 Evaluering av prosjektgjennomføring

Prosjektorganisering

Prosjekt ungdomsmedisin har hatt en tradisjonell organisering av prosjektet. Prosjektet har vært eid av styringsgruppens leder (klinikkdirektør i BUK), og prosjektleder har jobbet tett med et prosjektteam. Prosjektleder har rapportert til styringsgruppen jevnlig gjennom hele prosjektperioden. Erfaringene fra informantene er at selve prosjektstrukturen har vært hensiktsmessig organisert.

I starten hadde styringsgruppen møter hver måned. Ettersom prosjektet har utviklet seg har det blitt holdt styringsgruppemøte hver sjette uke og etter hvert hver tredje måned. Dette har sin naturlige forklaring i at ved starten av prosjektet var det behov for hyppigere avklaringer enn hva det var mot slutten. Utover den formelle møtestrukturen med styringsgruppen, har prosjektleder gjennom hele prosjektperioden benyttet prosjekteier og andre fra styringsgruppen som sparringspartnere og når det har vært behov for mindre avklaringer.

Prosjektleder og prosjektteam har hatt faste møter. Prosjektteamet har fungert som en tenkende og utviklende arbeidsgruppe. Det er bred enighet blant informantene om at disse ressursene har vært driverne i prosjektet. Selv om prosjektteamet har fungert bra, har ressursituasjonen og uvissheten om hvor lang tid ting tar, vært en utfordring. Prosjektleder har vært 100 % dedikert og frikjøpt til prosjektet, mens de resterende ressursene i prosjektteamet ikke har hatt en fastsatt andel knyttet til prosjektet, men prioritert innenfor lederroller. Det har vært avgjørende at prosjektleder har hatt ressurser rundt seg for å lykkes, og prosjektteamet kunne med fordel bestått av ressurser som hadde mer dedikert tid til prosjektet.

Prosjektet har i forbindelse med delprosjekter blitt styrket med ressurser fra Enhet for utvikling. Disse har bidratt med viktig kompetanse innen utvikling, evaluering og kommunikasjon.

Prosjektleder har etablert egne prosjektgrupper til de fleste av delprosjektene, med sammensetning etter behov knyttet til interessentinvolvering og fagkompetanse.

Styringsgruppens rolle og sammensetning

Selv om det har vært gode diskusjoner i styringsgruppemøtene, er det bred enighet om at styringsgruppen i hovedsak har fungert som høringsinstans, kvalitetssikrer og retningsgiver, mer enn som et diskusjonsfora. Dette underbygges av at styringsgruppens medlemmer i liten grad har «tatt ordet». For å øke deltakelsen har det blitt reflektert rundt om styringsgruppen med fordel kunne hatt mer prosessfokus. Samtidig reflekteres det også over at årsaken kan være en gjennomarbeidet og god jobb fra prosjektleders side, og at det derfor har vært naturlig at styringsgruppen har hatt denne rollen.

Utfordringen med å ha en forholdsvis «passiv» styringsgruppe er at man kan oppleve manglende eierskap og forankring. Informantene har ingen sterke meninger rundt styringsgruppens rolle, men forteller at når de har kommet i styringsgruppemøtene har det som har blitt presentert vært såpass gjennomarbeidet. De sier at de har

fått alt «servert». Dette har gjort at det har blitt vanskelig å komme med innspill og det har vært enkelt å kun «godkjenne» det som har blitt lagt frem. Dersom medlemmene i styringsgruppen kunne forberedt seg før møtene hadde det vært lettere å bli med i utarbeidelsen å komme med konstruktive innspill. Til tross for dette, vurderes det at styringsgruppens rolle har fungert etter hensikten i dette prosjektet.

I starten av prosjektet var styringsgruppen kun sammensatt av ledere fra BUK. Prosjektet har vært eid fra BUK og det har vært en styrke at ledere for alle underliggende avdelinger har vært representert. Dette, for å sikre god forankring og eierskap. Det har imidlertid vært mindre representasjon fra voksenmedisinske avdelinger. I starten medførte dette at det ble vanskelig å få involvering fra voksenmedisin. Derfor ble representanter fra medisinsk divisjon (voksensomatikk) og psykisk helsevern også etter hvert inkludert i styringsgruppen. Informantene mener at dette var et klokt valg, da det har bidratt til økt involvering.

Likevel er manglende eierskap og forankring i voksenmedisinske avdelinger et av prosjektets hovedutfordringer. En risiko ved å inkludere flere i prosjektet på et senere tidspunkt, er større barriere for å føle eierskap på lik linje med de som var med fra starten. Dette underbygges av relevante informanter. Informantene har i stor grad sett verdien av å være med og mener at deres bidrag og faglige innspill, for eksempel fra psykiatrien inn til somatikken, har bidratt til å styrke prosjektet. Men det har vært utfordrende for voksenmedisinske avdelinger å direkte overføre og benytte det arbeidet som allerede er gjort i BUK, for egne avdelinger. Eksempelvis har divisjon psykisk helsevern utarbeidet egne prosedyrer tilpasset sine avdelinger, istedenfor å benytte det som allerede er utarbeidet i prosjektet.

Prosjektplan, styring og rapportering

I planleggingsfasen ble det gjort et grundig arbeid med å skissere prosjektet og hvilke mål man ønsket å oppnå. Selv om prosjektet har vært godt skissert, har man ikke hatt en overordnet prosjekt- og fremdriftsplan med oversikt over de ulike initiativene til målområdene. Dette har heller ikke vært mulig, da prosjektets tidsdimensjon hele tiden har blitt utvidet ettersom prosjektet har mottatt økte midler. I den grad det har vært mulig har prosjektleder laget egne prosjekt- og fremdriftsplaner til de ulike målområdene. Prosjektet planlegges nå avsluttet i august 2016.

Prosjektet har gjennom hele prosjektperioden holdt seg til mandatet og vært tro til kjerneområdene som ble definert i starten. På grunn av at ungdomsmedisin er et relativt nytt felt, blir dette omtalt av informantene som nybrottsarbeid, noe som har medført at «veien har blitt til mens man har gått». Underveis i prosjektperioden har det oppstått nye behov og muligheter, og prosjektet har søkt midler for å kunne gripe disse mulighetene. Dette har resultert i at prosjektet har hatt flere delprosjekter enn hva som var planlagt. En risiko ved å gripe slike muligheter er at man kan miste fokuset fra den opprinnelige planen og de målene som ble satt. Prosjektet har på grunn av dette eksempelvis blitt mer kjent utenfor sykehuset enn først antatt i starten. Dette ser informantene imidlertid på som svært positivt, og det oppleves at man har klart å oppfylle de målene man satte seg i starten.

Selv om prosjektleder har vært påpasselig med å rapportere til styringsgruppen på en systematisk måte, erkjenner informanter fra styringsgruppen at det ikke har vært strenge krav til rapportering i prosjektet. Dette har sammenheng med at aktivitetsplaner og milepæler ikke var grundig planlagt, nettopp fordi det har vært et nybrottsarbeid. Likevel mener prosjekteier at dette ikke har gått utover fremdriften. Tvert imot har flere medlemmer av styringsgruppen fremhevet at nettopp denne fleksibiliteten har bidratt til at Ahus samlet har oppnådd mer enn hva de hadde ambisjoner om fra starten. De understreker at dersom prosjektet skulle fulgt en stram fremdriftsplan, hadde mye blitt forhindret. Til tross for delvis vage leveranssmål og få krav til formell rapportering har det resultert i positive leveranser med høy kvalitet. En slik prosjektform gjør imidlertid at det er mer utfordrende å styre prosjektene, og krever desto mer fra prosjektledelsen. Tatt dette i betraktning, er det likevel enighet om at for prosjektets beste, har formen på styring og rapportering vært hensiktsmessig.

Kommunikasjon og forankring

For å skape engasjement rundt prosjektet, også for de som ikke har vært direkte involvert, spiller kommunikasjon en viktig rolle. Prosjektgruppen har hatt et bevisst forhold til å informere om prosjektet i ulike fora og kanaler. Det har blitt informert om Prosjekt ungdomsmedisin på bl.a. følgende arenaer:

- Fredagsmøter
- Årlige strategimøter

- Legens morgenmøte
- Intranettet
- Egen webside: ungdomsmedisin.no
- Nyhetsbrev Medisinsk Divisjon
- Nyhetsbrev Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling BUP
- Andre muntlige fora internt og eksternt

Det ble ikke utarbeidet egen kommunikasjonsplan fra starten av prosjektet, men styringsgruppens informanter så etter hvert behovet for å arbeide mer systematisk med kommunikasjon. Det ble derfor laget en overordnet kommunikasjonsplan i 2015. Kommunikasjonsplanen avdekker også de ulike målgruppene og på hvilket tidspunkt ulik type informasjon skal ut til interessentene. Samtidig erkjenner informantene at kommunikasjonen ut mot interessentene har vært mer sporadisk basert på situasjoner. Flere av styringsgruppens medlemmer sier at den eksterne kommunikasjonen utenfor sykehuset har fungert veldig bra, men at intern kommunikasjon har vært en utfordring og at dette har vært en av svakhetene i prosjektet.

Dette henger naturlig sammen med at den største utfordringen i prosjektet har vært forankringen internt. Enkelte av informantene opplever at prosjektet har vært litt for mye isolert og «levd sitt eget liv». Man har av den grunn mistet litt av forankringen i styringsgruppen underveis. En mulig årsak for manglende forankring i enkelte avdelinger, kan også ha noe med hvem som har «solgt inn» ungdomsmedisin i de ulike avdelingene. Noen av informantene hadde ønsket seg «ambassadører» med sterk fagkunnskap knyttet til de ulike avdelingene til å formidle budskapet om ungdomsmedisin. Ifølge noen av informantene ville det har gjort det mer troverdig og relevant.

Utad har imidlertid Prosjekt ungdomsmedisin vært en kjempe suksess. Flere av informantene understreker at de tror prosjektet er mer kjent utenfor, enn innenfor sykehuset. Ahus har hatt et behov for å bygge omdømme og informantene mener Prosjekt ungdomsmedisin har vært et viktig bidrag for å styrke dette.

Flere av informantene mener at man fremover bør konsentrere seg om ungdomsmedisin internt på Ahus. Fokuset bør være på å styrke samarbeidet mellom avdelinger og skape felles arenaer for informasjonsutveksling. Dersom man har et slikt fokus, har informantene tro på at man i større grad vil se verdien, samt oppnå større forankring og eierskap internt.

Oppsummering

Prosjekt ungdomsmedisin har blitt gjennomført i perioden 2012-2016. Prosjektet har blitt gjennomført etter en tradisjonell organiseringsmodell med en dedikert prosjektleder.

I tilknytning til selve gjennomføringen har det vært noen utfordringer knyttet til styringsgruppens rolle og sammensetning. Det har også vært utfordringer knyttet til intern kommunikasjon. Konsekvensene av disse utfordringene har resultert i noe manglende forankring i enkelte avdelinger og spesielt mot voksenmedisinske avdelinger.

Til tross for dette, har prosjektet i stor grad oppnådd de målene som ble satt, takket være engasjerte prosjektressurser med pågangsmot. Flere informanter sier at prosjektet på mange måter har oppnådd mer enn forventet.

Fokuset fremover bør være å styrke samarbeidet mellom involverte avdelinger for å oppnå større forankring internt.

I kapittel 4-6 blir hvert av delmålene (*Sikre gode overganger mellom BUK og voksenavdelinger, Sikre reell brukermedvirkning fra ungdom, Utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud*) evaluert opp mot måloppnåelse. Kapittel 8 gir en overordnet oppsummering av måloppnåelse for prosjektet som helhet.

4 Sikre gode overganger

Å utvikle gode overgangsmodeller mellom barne- og ungdomsklinikkens avdelinger og avdelinger tilknyttet voksenmedisin har vært Prosjekt ungdomsmedisins overordnede målsetting⁴. Målgruppen er primært ungdom med kroniske sykdommer med behov for langvarig behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Både pasienter som får poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling har vært i målgruppen.

Delprosjektets overordnede målsetting for prosjektperioden 2012 – 2016 var å implementere overgangsforløp i kliniske behandlingsforløp i utvalgte diagnosegrupper. I løpet av perioden er det utarbeidet overgangsforløp for diagnosegruppene diabetes, kardiologi og fordøyelse.

Arbeidet med gode overganger er gjennomført som ulike deler og har bestått av tre elementer:

- Utarbeide skriftlige retningslinjer – for å forbedre ledelse og organisasjon
- Utarbeide skriftlig materiell rettet til ungdom – for å styrke brukeren
- Lage opplæringspakke til helsepersonell (e-læring og veiledningsbrosjyre) – for å styrke utøverne

Elementene ovenfor belyses i kapittelet, men hovedfokus i evalueringen har vært å vurdere implementeringen av overgangsforløp i de utvalgte diagnosegruppene. Vi ser nærmere på hvilke erfaringer involvert helsepersonell og representanter har på planleggingen, gjennomføringen og implementeringen av delprosjektene innen diabetes og kardiologi.

4.1 Prosjektplanlegging, gjennomføring og implementering

Valg av modell

Delprosjektets første milepæl var å gjennomføre en internasjonal kartlegging av alternative modeller for gode overganger mellom barne- og voksenavdelinger som andre sykehus har hatt gode erfaringer med.

Prosjektledelsen valgte en modell fra fra Royal Childrens Hospital Melbourne, Australia. Vi har ikke god nok fagkunnskap til å vurdere hvorvidt denne modellen gir bedre overgangsforløp enn andre modeller, men erkjenner at prosjektledelsen har gjort et grundig forarbeid og besluttet å implementere en internasjonalt anerkjent modell.

Pilotprosjekt diabetes

Retningslinjene for overgangsforløp ble besluttet å testes ut på én faggruppe, før implementering i flere faggrupper. Faggruppe diabetes ble valgt som pilot, på grunn av at de allerede hadde iverksatt tiltak for å gjøre ungdom mer selvstendige, som reopplæringskurs om diagnosen, og et etablert samarbeid mellom sykepleiere fra BUK og voksen. Dette var forhold som bidro til en vurdering av at implementeringen av overgangsforløpet ville bli enklere blant denne faggruppen. Informanter har meddelt at dette var en klok beslutning, ettersom det økte sjansene for gode resultater og positiv omtale av pilotprosjektet.

Overgangsforløpet ble testet ut blant faggruppe diabetes i 2014. I piloten fikk tre dedikerte helsepersonell frikjøpt en del av sine ordinære stillinger til rollen som prosjektmedarbeidere. Dette gjaldt en koordinator i 20% og sekretær i 10% i BUK, og koordinator i 10% på voksenavdeling, samt legeressurs 10 % og prosjektleder 20 %. Diabetessykepleier på voksenavdelingen har også tatt seg tid til å ha en sentral rolle i prosjektet, uten å ha hatt frikjøpt tid til det. Dette tyder på godt eierskap, i alle fall blant enkeltpersoner, innen denne faggruppen på voksenavdelingen.

Ahus har gjort et svært grundig arbeid med piloten, og gjennomført en midt-evaluering og en sluttevaluering av den⁵. Evalueringen viser gode resultater. I evalueringsrapporten kom det også frem en hovedanbefaling for videre implementering, som innebar å legge en implementeringsplan med tilhørende opplæringspakke, og å

⁴ Akershus universitetssykehus HF, Barne- og ungdomsklinikken, Prosjektmandat ungdomsmedisin, 2012

⁵ Akershus universitetssykehus HF, Barne- og ungdomsklinikken, Evaluering av pilot transisjonsprogram, sluttrapport

implementere i et lite antall faggrupper av gangen. Viktigheten av lederstøtte og fasiliteringsstøtte ble også fremhevet.

Bredere utrulling

På bakgrunn av gode resultater fra piloten i diabetes, ble det besluttet å rulle ut overgangsforløpene i alle relevante faggrupper innen Medisinsk Divisjon. Implementering er hittil gjennomført i fagområdene kardiologi (januar 2015) og fordøyelse. Våren og høsten 2016 er det lagt opp til implementering innen fag/-diagnoseområdene onkologi/hematologi, lunge/allergi, nyre/infeksjonssykdommer, nevrologi og habilitering. I evalueringen av pilot diabetes fremkommer det at overgangsforløpene på sikt også kan implementeres i Divisjon Psykisk Helsevern og Kirurgisk Divisjon. Dette er det ikke lagt konkrete planer for enda.

Informanter i evalueringen trekker frem den gradvise implementeringen av overgangsforløpene som et suksesskriterium for vellykket implementering. Dette er både begrunnet med at det er mindre ressurskrevende å fokusere på få faggrupper av gangen, og at implementeringen i nye faggrupper kan bygge på erfaringer fra implementeringen i faggrupper som var tidligere ute.

Gjennom evalueringens intervjuer har det imidlertid kommet frem at psykisk helsevern har utarbeidet egne prosedyrer for overgangsforløp mellom BUP og DPS, etter inspirasjon fra deltakelse i styringsgruppen for Prosjekt ungdomsmedisin. Disse er imidlertid utarbeidet utenom prosjektets rammer. Det at denne divisjonen ser behov for å utarbeide egne forløp gir grunn til å stille spørsmål ved satsningens forankring og eierskap i denne divisjonen. Dette ser ut til å ha sammenheng med at representanter fra denne divisjonen først ble involvert i styringsgruppen for prosjektet to år etter oppstart, noe som kan ha medført mindre grad av eierskap til det.

4.2 Utarbeidelse av overgangsforløpene

Selve modellen for overgangsforløpene er basert på modell fra Melbourne. Modellen er imidlertid blitt tilpasset norske forhold. Det ble også lagt stor vekt på brukermedvirkning, hvor Ungdomsrådet har hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av overgangsforløpene, og tilhørende delelementer, som informasjonsmaterieell, sjekklister m.m.

Retningslinje for overgangsforløp

Gjennom prosjektet er det utarbeidet en retningslinje for overgangsforløp ungdom. Denne gir overordnede føringer for overgangsforløp på tvers av diagnoser, og er skal fungere som et utgangspunkt for utarbeidelse og tilpasning av fag-/diagnosespesifikke overgangsforløp. Det ble utarbeidet en første versjon av retningslinjen av en tverrfaglig arbeidsgruppe fra BUK og Medisinsk Divisjon, Ungdomsrådet og Enhet for utvikling. Dette forløpet ble pilotert i 2014, og revidert retningslinje ble laget, hvor erfaringer fra pilotprosjektet er inkludert.

Overgangsforløpene er baserer seg på tre faser⁶:

Alder	Mål	Elementer
12-16 år: Forberedelse	Forberedelse for endring i ansvarsroller. Kjennskap til egne rettigheter Økende sykdomsforståelse og selvstendighet i egen behandling.	Introdusere og diskutere transisjon med pasienten og foreldre. Informere om unges helserettigheter inkludert konfidensialitet og samtykke. Tilby delt konsultasjon slik at ungdommen får mulighet til snakke med behandler alene en del av timen.
17-18 år: Overføring	Forutsigbar og koordinert overføring fra BUK til mottakende voksenavdeling (eller fastlege).	BUK melder pasienter som skal overføres i god tid, fortrinnsvis innen 6 måneder før fylte 18 år. Ny behandlingsansvarlig lege i voksenavdeling (evt annen behandler) opprettes. Fastlege kontaktes hvis overføring til førstelinjetjenesten. Det anbefales at BUK innkaller pasient og ny behandler

⁶ BUK – Retningslinje for overgangsforløp ungdom, 18.3.2016

		<p>ved voksenavdeling til et overføringsmøte. Eventuelt med fastlege tilstede.</p> <p>Ved større pasientgrupper kan dette også løses gjennom faste overføringsmøter hvor en planlegger overføring av flere pasienter i samme møte. Vurdere behov for overføringsmøte med felleskonsultasjon for enkelte pasienter.</p> <p>Gi tilbud til pasient om omvisning i ny avdeling. Dette kan også gjøres i grupper.</p> <p>Godt overføringsnotat til voksen, med kopi av sjekkliste Klar for overføring. Kopi til fastlege.</p>
19-25 år: Ung voksen	Ungdom blir kjent og trygg i ny avdeling og mottar tilpasset helsehjelp ut i fra alder og modenhet i overgang til voksenliv.	<p>Det avsettes god tid til en mottakssamtale ved koordinator eller ny behandler.</p> <p>Omvisning i ny avdeling.</p> <p>Fortsette med sjekklisen og videre selvstendigjøring som ung voksen.</p>

Retningslinjene inneholder tydelige rollebeskrivelser av hvilket ansvar som ligger til avdelingsleder, fagansvarlig lege og koordinator.

Tilpasning av overgangsforløp til spesifikke faggrupper

Gjennom prosjektet er det utarbeidet et opplegg for implementering av overgangsforløp i de ulike faggruppene. Det avholdes en heldagssamling hvor fagansvarlig lege, sykepleier og koordinator fra både BUK og voksenavdeling deltar. På denne samlingen utarbeider deltakerne et tilpasset overgangsforløp.

24 mai 2016 ble det holdt implementeringssamling om overgangsforløp i avdelingene lunge, nyre, onkologi og hematologi. Første del av dagen handlet om å få en grunnleggende forståelse av ungdomshelse som tema. Representanter fra diabetes- og hjerteavdelingen delte deres erfaringer med å implementere overgangsforløp i egne avdelinger. Andre del av dagen gikk ut på at representanter fra barne- og ungdomsavdeling og voksenavdelinger skulle sitte sammen å designe egne overgangsforløp for deres pasienter.

På slutten av dagen svarte alle deltakerne på et evalueringsskjema hvor målet var å finne ut om innholdet på samlingen bidro til økt forståelse av viktigheten av å implementere gode overgangsforløp. Med skjemaet ønsket man også å få svar på hva som skal til for å ta i bruk det skisserte overgangsforløpet i egen avdeling.

Svarene som ble samlet inn var utelukkende positive. Dette tyder på at implementeringssamlingen er et godt første tiltak i implementeringen av overgangsforløp i nye avdelinger. Samtlige deltakere oppga at dagen hadde bidratt til å se verdien av å implementere overgangsforløp for ungdom med kronisk sykdom. Videre ble det tydeliggjort at for å ta i bruk overgangsforløpene i egne avdelinger er det viktig at alle kjenner til materialet, at man har tid og ressurser og at man får oppfølging og tilrettelegging fra ledelsen. Det som deltakerne ønsket at belyses sterkere er fastlegenes rolle og involvering i tematikken.

Etter at overgangsforløp er tilpasset til de spesifikke faggruppene/diagnosene, får helsepersonell i de involverte avdelingene opplæring i overgangsforløpet, som en start på implementeringen.

4.3 Erfaringer fra implementeringen

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvilke erfaringer helsepersonell har med å implementere overgangsforløpene. Erfaringene er strukturert i henhold til de tre fasene i overgangsforløpene. Refleksjoner knyttet til i hvilken grad tiltakene i hver fase bidrar til måloppnåelse omhandles også.

Forberedelsesfasen

I forberedelsesfasen skal helsepersonell:

- Introdusere og diskutere transisjon med pasienten og foreldre.
- Informere om unges helserettigheter inkludert konfidensialitet og samtykke.

- Tilby delt konsultasjon slik at ungdommen får mulighet til snakke med behandler alene en del av timen.

Erfaringer fra helsepersonell innen diabetes er at aktivitetene i forberedelsesfasen er godt implementert. De ulike aktivitetene er bakt inn i konsultasjoner og møter som helsepersonell allerede har med pasienten, som en del av fire konsultasjoner i året. Dette har medført at helsepersonell opplever at det ikke medfører «ekstraarbeid» å arbeide etter retningslinjene for overgangsforløpet.

Diabetesesykepleierne på BUK begynner å snakke med ungdom om overføring til voksenavdeling når de begynner på ungdomskolen, ved å introdusere sjekklisten. Selvstendigjøringen får gradvis større fokus ettersom ungdommen blir eldre. Både helsepersonell fra diabetes og hjerte oppgir at ungdom fyller ut sjekklister i forkant av konsultasjonene, og at det bidrar til at de er bedre forberedt.

Frem til ungdommene er 16 år er foreldrene med på konsultasjonen. Fra 16 års alder tilbyr diabetesesykepleierne alltid ungdom å snakke med dem først, og at foreldre kan komme inn senere i samtalen. De har også fokus på å fortelle ungdommen at det er deres konsultasjon, ikke sykepleierens. Helsepersonell på hjerte har erfaring med å tilby delt konsultasjon til ungdom ned i 14 års alder, men gjør en vurdering av hver enkelt ungdom før de foreslår det.

Som en del av forberedelsesfasen har diabetespasienter et reopplæringskurs i 10. klasse. Her deltar helsepersonell fra voksenavdelingen sammen med helsepersonell fra BUK.

En utfordring som trekkes frem av helsepersonell innen diabetes er å få lagd et godt system for utdeling av informasjonsmateriellet som er utarbeidet til ungdom. Etter intensjonen skal dette deles ut til ungdommene når de er på ulike alderstrinn. Årskontrollene er en anledning til å dele ut noe av materiellet, men for utdeling av de ulike brosjyrene er det ikke satt i system.

Overføringsfasen

I overføringsfasen skal helsepersonell:

- BUK melder pasienter som skal overføres i god tid, fortrinnsvis innen 6 måneder før fylte 18 år.
- Ny behandlingsansvarlig lege i voksenavdeling (evt annen behandler) opprettes. Fastlege kontaktes hvis overføring til førstelinjetjenesten.
- Det anbefales at BUK innkaller pasient og ny behandler ved voksenavdeling til et overføringsmøte. Eventuelt med fastlege tilstede.
- Ved større pasientgrupper kan dette også løses gjennom faste overføringsmøter hvor en planlegger overføring av flere pasienter i samme møte. Vurderer behov for overføringsmøte med felleskonsultasjon for enkelte pasienter.
- Gi tilbud til pasient om omvisning i ny avdeling. Dette kan også gjøres i grupper.
- Godt overføringsnotat til voksen, med kopi av sjekklister Klar for overføring. Kopi til fastlege.

Både innen diabetes og hjerte har de lyktes med å tilby ungdomspasientene omvisning på voksenavdelingen før overføring, og erfarer at ungdommene takker ja til tilbudet. Ungdommene får også informasjon om at de er velkomne til å ta kontakt med personell på BUK inntil de har hatt første konsultasjon på voksenavdeling.

Innenfor diabetes har de lyktes med å holde de fire faste årlige overføringsmøter/transisjonsmøter, hvor lege og sykepleier fra BUK og voksenavdelingen deltar. På møtene gjennomgås ungdommene som overføres i det aktuelle tidsrommet. Dette har bidratt til et tettere samarbeid mellom BUK og voksenavdelingen, med utveksling av informasjon rundt den enkelte pasient. Helsepersonell fremholder at disse møtene både har en funksjon i å styrke overgangene for ungdom, men at de i tillegg bidrar til sterkere samarbeid mellom BUK og voksenavdelingen generelt.

Innenfor diabetes avholder helsepersonell i liten grad overføringsmøter med enkeltpasienter, fordi de opplever at omvisningen i de nye lokalene er tilstrekkelig til at ungdommen føler seg trygg til å møte til første konsultasjon på voksenavdelingen. Helsepersonell i BUK ser imidlertid at enkelte pasienter kunne hatt nytte av et overføringsmøte. Innenfor kardiologi har helsepersonell i BUK sett behov for å ha felles overføringsmøte med helsepersonell på voksenavdeling. Dette har imidlertid i liten grad blitt gjennomført, på grunn av manglende

ressurser på voksenavdeling. Informanter fra BUK peker imidlertid på at slike møter vil bidra til tettere samarbeid mellom BUK og voksenavdeling, noe de anser behov for begrunnet med at oppfølgingen av hjertepasientene er svært ulik ved de to avdelingene.

I journalsystemet er det også opprettet mappe slik at helsepersonell i BUK og voksenavdeling kan kommunisere bedre rundt pasienten. Det er utarbeidet felles arbeidsmapper mellom BUK og voksenavdelingen, for å holde system på overgangen.

Ung voksen

I ung voksen fasen skal helsepersonell:

- Det avsettes god tid til en mottakssamtale ved koordinator eller ny behandler.
- Omvisning i ny avdeling.
- Fortsette med sjekklisten og videre selvstendigjøring som ung voksen.

Funnene fra evalueringen tyder på at helsepersonell på voksenavdelingen bruker sjekklisten og overføringsnotatet aktivt i den videre oppfølgingen av pasienten. Det kom imidlertid opp som utfordrende å få voksenbehandlere til å ta opp igjen overføringsnotatene. Det gjøres, men ikke like mye som de andre. Det systemtekniske trekkes frem som en barriere (Litt tungt for du må inn i et annet dokument, laste det ned osv.)

Innenfor diabetes får alle ungdom og deres foreldre omvisning på voksenavdeling når de har siste konsultasjon på BUK før overføring. Da er helsepersonell fra voksenavdelingen med og hilser på dem. Helsepersonell opplever at dette bidrar til trygghet for pasientene.

4.4 Måloppnåelse

Målsettingen med overgangsforløpene er at ungdom skal bli gradvis mer selvstendige til å ta ansvar for egen helse. Det er utarbeidet mer konkrete målsettinger for de ulike fasene. Det har vært utenfor denne evalueringens rammer å undersøke ungdoms erfaringer med overgangsforløpene, noe som vil være nødvendig for å kunne vurdere hvorvidt overgangsforløpene bidrar til å nå de målsettingene som er satt, for eksempel med hensyn til at ungdom skal føle seg tryggere og mer selvstendige.

Vi har imidlertid innhentet perspektiver fra representanter fra Ungdomsrådet og fra involvert helsepersonell knyttet til måloppnåelsen av overgangsforløpene. Generelt erfarer helsepersonell innen faggruppene diabetes og kardiologi på både BUK og voksen at overgangsforløpene bidrar til å gjøre ungdom mer selvstendige og tryggere på seg selv. Helsepersonell oppgir videre at de selv har fått mer kunnskap om ungdoms rettigheter, og blitt mer bevisste på å formidle informasjon om rettigheter til ungdom. Dette gjelder blant annet muligheten til konsultasjon uten foreldrene til stede.

Helsepersonell viser videre til at sjekklistene som ungdom fyller ut gir verdifull informasjon om hvor stor grad av selvstendighet den enkelte ungdom opplever. Våre informanter oppgir at sjekklistene gir indikasjoner på at ungdom i stor grad opplever å ha tilstrekkelig kunnskap om egen diagnose, og opplever å være selvstendige, før overføring til voksenavdeling.

Representanter for Ungdomsrådet mener også at det er sannsynlig at overgangsforløpene bidrar til å nå målsettingene, begrunnet med at overgangsforløpene direkte adresserer forhold som pasientene tidligere var misfornøyde med.

Skriftlige leveranser

Som en del av delprosjektet om gode overgangsforløp er det utviklet ulike former for skriftlig materiell, herunder brosjyrer til pasienter og støttemateriell til helsepersonell. Dette gjelder følgende materiell:

- Mine rettigheter (brosjyre)
- Operasjon selvstendighet (brosjyre)
- Min fastlege (brosjyre)
- Velkommen til samtale (kort)
- Min helse (sjekkliste)
- Klar for overføring (sjekkliste)

- Velkomstbrosjyre fra voksenavdeling (mal)

Ungdomsrådet har medvirket i utarbeidelsen av materialet, for å gjøre det ungdomsvennlig i både utforming og språk. Tilbakemeldingene fra både representanter fra ungdomsrådet og helsepersonell som har erfaring med dette materialet er at det inneholder relevant informasjon som treffer målgruppens behov.

Opplæringsmateriell til helsepersonell, e-læringsprogram og e-bok

Som en del av transisjonsprogrammet er det også utarbeidet et omfattende opplæringsmateriell til helsepersonell. Behovet for dette ble blant annet tydelig i evalueringen av pilot diabetes, hvor helsepersonell viste stor interesse for kurs om kommunikasjon med unge.

Prosjekt ungdomsmedisin fikk tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til utarbeidelsen av et e-læringskurs, «Opplæringspakke til Operasjon selvstendighet 2». Prosjektleder for Prosjekt ungdomsmedisin har bidratt til utviklingen av e-læringsprogrammet, i samarbeid med en seniorrådgiver og e-læringskoordinator fra Ahus Avdeling kompetanse og utdanning, som ble frikjøpt prosjektmedarbeider i ett år i 50 prosent til dette arbeidet.

Det filmbaserte e-læringskurset Transisjon består av syv filmer, som hver varer mellom to og seks minutter, med følgende tema:

1. Hva er transisjon?
2. Å være ungdom
3. Ungdom og kronisk sykdom
4. Kommunikasjon
5. Transisjonsprogram
6. Organisering og ledelse
7. Samhandling

Filmene skal være egnet til å bruke i ulike faglige arrangement, i møter eller som selvstudium. Kurset er tilgjengelig på www.ungdomsmedisin.no/transisjon/, og er også lagt ut på læringsportalen.

Det er også utarbeidet en e-bok, «Transisjonsprogrammet veiledning til helsepersonell og ledere». Denne gir en enkel innføring i transisjonsprogrammet og tilhørende ressurser. Denne er tilgjengelig på ungdomsmedisin.no.

Gjennom intervjuer med ledere og ansatte ved Ahus fremkom det at både e-læringskurset og e-boken som er utarbeidet i liten grad er kjent og brukt av helsepersonell. Dette kan ha sammenheng med at opplæring av helsepersonell ikke har vært et uttalt mål i prosjektperioden, hvor fokuset primært har vært på utvikling og gradvis implementering av overgangsforløp i utvalgte diagnosegrupper. Informanter som har kjennskap til e-læringsprogrammet har svært gode tilbakemelding på filmenes innhold og utforming. Utfordringen ligger i å få helsepersonell til å se dem. Det kom også frem at helsepersonell generelt har begrensede muligheter i sin arbeidshverdag til å se filmene på egenhånd, og at de derfor egner seg bedre til å vises som en del av fagdager eller andre lignende faglige møtepunkter. Til fagdagene er imidlertid ungdomsmedisin i konkurranse med andre interessante faglige temaer.

Som en del av prosjektrapporten til Helsedirektoratet ble det beskrevet en implementeringsplan for hvordan e-læringsprogrammet skal overføres til linjen⁷.

1. Kurset er lagt i Læringsportalen.
2. I «Retningslinje for overgangsforløp ungdom» som ligger i Ahus' elektroniske kvalitetssystem EQS – pålegges avdelingsledere å sikre tilstrekkelig kompetanse om ungdomsmedisin og transisjonsprogrammet hos sine ansatte, og det henvises spesielt til e-læringskurset.
3. Kurset vil integreres og bli tatt i bruk i den videre implementering av transisjonsprogrammet innen nye fagområder i 2016 (blant andre lunge, onkologi/hematologi, nevrologi, nyre og habilitering).

⁷ Akershus universitetssykehus, Opplæringspakke til Operasjon selvstendighet 2, sluttrapport. 22.2.2016

4.5 Anbefalinger for videre implementering

Gjennom prosjektet har det fremkommet bred enighet blant informanter om at det er behov for å følge opp implementeringen av overgangsforløp tett. Dette gjelder især ved utrulling til nye faggrupper/diagnoser, men også innen diabetes, kardiologi og fordøyelse, hvor overgangsforløpene allerede er implementert.

Implementering i de ulike avdelingene bør følge en detaljert fremdriftsplan

Fremdriften i implementeringen planlegges godt, og det bør dokumenteres hvorvidt de ulike aktivitetene i de ulike fasene blir gjennomført. Implementeringen bør også evalueres underveis, for å kunne gjøre tilpasninger i overgangsforløpet ved behov.

Avdelingene bør rapportere på aktiviteter i implementeringen

Gjennomføringen av de ulike aktivitetene og elementene av overgangsforløpene bør følges opp i form av rapporteringer til ansvarlige ledere, frem til de nye arbeidsmåtene vurderes å være tilstrekkelig godt integrert i de ulike faggruppene. Dette bør også vurderes i de avdelingene som hittil har implementert overgangsforløp, blant annet innen kardiologi.

Tydliggjøre at eksisterende roller og ansvarsoppgaver varer utover prosjektperioden

Koordinator og en ansvarlig lege har ansvar for å vedlikeholde og videreutvikle overgangsforløperne videre.

Synliggjøre positive erfaringer og måloppnåelse

Helsepersonell mener at det vil være viktig å få frem ungdoms stemmer for å formidle betydningen og verdien av gode overganger. Dette blir viktig som et ledd i å få nye faggrupper til å se verdien av å jobbe på nye måter.

Fortsatt fokus på god kommunikasjon med ungdom

Helsepersonell er tydelige på at det fortsatt bør være fokus på kompetanseheving innen kommunikasjon med ungdom, og det å møte ungdom som ungdom. Gode kommunikasjonsferdigheter er essensielt for at konsultasjonene i ungdomsårene skal være en arena for åpen dialog med ungdom.

5 Sikre brukermedvirkning

Et av målene med Prosjekt ungdomsmedisin har vært å sikre brukermedvirkning blant ungdom, i form av at ungdommenes stemme skulle bli hørt og at ungdom skulle få medvirke i utvikling av tiltak og tilbud ved helseforetaket. Ungdommene skulle selv ses på som en samarbeidspart og ressurs for Prosjekt ungdomsmedisin. Det var et uttalt delmål mål å etablere et ungdomsråd som skulle gi innspill og fungere som høringsinstans både i prosjektfasen og i det videre arbeidet med å utvikle tilbud til ungdomspasientene i BUK og i andre klinikker på Ahus. I tillegg til å etablere et ungdomsråd, har prosjektet initiert flere tiltak på feltet brukermedvirkning. To konkrete prosjektleveranser har vært:

- Prosjektet «Ungdomsråd – av ungdom for ungdom»
- Prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?»

Arbeidet med å sikre brukermedvirkning ble organisert som en egen prosjektgruppe. I 2012 ble det ansatt en egen prosjektmedarbeider Trond Nordheim (psykologspesialist, BUPH) i 20 prosent stilling i fire måneder. Prosjektleder og prosjektmedarbeider hadde sammen ansvar for utarbeidelse av foreløpig mandat, rekruttering rådsmedlemmer samt innstiftelse av rådet.

Styringsgruppen gjorde videre vedtak høsten 2013 på at de ønsket et permanent råd, lagt på foretaksnivå med involvering av Divisjon psykisk helsevern. Prosjektet reviderte Ungdomsrådets mandat i tråd med dette, og rådet ble fra 2014 overlevert til drift, under Barne- og ungdomsklinikkens forvaltning.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på prosessen knyttet til opprettelse av ungdomsrådet, og hvordan ungdomsrådet har fungert de fire første årene det har vært i drift. Vi belyser videre hvorvidt prosjektet har lykkes med målsettingene innen brukermedvirkning. De to nevnte delprosjektene omtales også.

Datagrunnlaget er hentet inn gjennom intervjuer med leder og nestleder ved Ungdomsrådet, én koordinator, samt medlemmer i prosjektets ledelse og styringsgruppe.

5.1 Opprettelse av ungdomsråd

Arbeidet med opprettelsen av Ungdomsrådet begynte sommeren 2012. Ungdomsrådet ved Ahus er organisert etter en modell inspirert fra Ungdomsmedisinsk videncenter ved Rigshospitalet i København og Rigshospitalets «Ungepanel»⁸. I tråd med denne modellen skal ungdomsrådet anses som en ekspertgruppe, hvor de unge deltar med inspirasjon, erfaringer, refleksjoner og kommentarer til igangsatte og planlagte prosjekter. Rigshospitalet i København er internasjonalt anerkjent for sitt fokus på ungdomsmedisin. Det at prosjektgruppen undersøkte mulige modeller for ungdomsråd, tyder på at det ble gjort et grundig planleggingsarbeid.

Konsulent fra Forandringsfabrikken har også vært delaktig i oppstarten av Ungdomsrådet, og hjalp til med rådgivning og prosessveiledning, for å finne formen på ungdomsrådet. Involvering av Forandringsfabrikken, som er «proffer» på brukermedvirkning, tyder også på at prosjektledelsen har tatt brukermedvirkning på alvor.

Mandat

Ungdomsrådet ble i utgangspunktet opprettet som en direkte samarbeidspartner for Prosjekt ungdomsmedisin. Etter første halvår var det enighet om ønske om et permanent ungdomsråd⁹. Det ble utarbeidet et mandat for ungdomsrådet i forkant av opprettelse. Ungdommene som utgjorde det første ungdomsrådet fikk være med på å justere mandatet, i henhold til hvordan de selv ønsket å arbeide. De besluttet at de, i tillegg til å gi råd til sykehuset, ønsker å gi råd/ støtte til andre ungdommer.

⁸ Akershus universitetssykehus HF, Rekruttering av ungdomsrådet ved Ahus

⁹ Akershus universitetssykehus HF, Rekruttering av ungdomsrådet ved Ahus

Høsten 2013 vedtok styringsgruppen for prosjektet at Ungdomsrådet skulle drives permanent og at det skulle være foretaksovergrepene, og inkludere ungdom fra psykisk helsevern i tillegg til ungdom fra somatikken. Mandat og organisering ble deretter revidert.

Våre ungdomsinformanter oppga at de fikk informasjon om hva ungdomsrådet skulle være på intervjuet i rekrutteringsprosessen. Likevel opplevde de usikkerhet og spenning knyttet til hva de hadde blitt med på, og at de ikke visste hva de gikk til. De knyttet dette opp mot at det ikke fantes andre fungerende ungdomsråd i Norge, med den modellen som brukes i dag, og at de derfor ikke hadde noen referanseramme. Dette understøtter viktigheten av å gi rom for at det tar tid før rådet får kommet ordentlig i gang.

Rekruttering av medlemmer og sammensetning av rådet

Ved sammensetning av medlemmer i ungdomsrådet ble det i forkant av opprettelsen utarbeidet kriterier for sammensetningen. Det var et mål at ungdomsrådet skulle være bredt sammensatt, og gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, samtidig som det skulle gjenspeile bredden i aktuelle pasientgrupper, med mangfold i diagnoser og erfaringsbakgrunn. Det var også et mål om å få med ungdom med varierende grad av kontakt med sykehuset, og med ungdom både med og uten tilknytning til andre brukerorganisasjoner. Øvre aldersgrense ble satt til 20 år (fra 14 – 19 år). Det ble videre stilt som et krav at ungdommene skulle ha personlige erfaringer fra møte med sykehus/ helsetjenester, og BUK spesielt. Medlemmene måtte også være villige til å dele sine erfaringer, og ha et ønske om bidra til bedre helsetjenester for ungdom.

Prosjektteamet rekrutterte medlemmer til ungdomsrådet ved å sende ut en forespørsel per e-post til kollegaer om å foreslå kandidater. I tillegg hengte de opp plakater rundt omkring på Barne- og ungdomsklinikken med både pasienter og ansatte som målgruppe. Totalt kom det inn forslag om ca. 20 aktuelle kandidater fra helsepersonell i ulike faggrupper og avdelinger. Elleve aktuelle ungdommer ble innkalt til intervju, og samtlige ble tilbudt å bli medlem i ungdomsrådet.

Medlemmer av ungdomsrådet oppga at opplevde rekrutteringsprosessen som god. De anser det som en styrke at helsepersonell som kjenner ungdom fikk nominere aktuelle kandidater som de mener kan passe til rollen. Ungdommene anser også at intervjurunden bidrar til å få best mulig sammensetning av ungdomsrådet.

I heftet «Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan?» oppfordres det til å invitere brukerorganisasjoner for ungdom til å nominere kandidater til ungdomsrådet. Dette ble ikke gjort ved opprettelsen av Ungdomsrådet. Våre ungdomsinformanter ga uttrykk for at de ikke anser dette som relevant, med begrunnelse i at medlemmene i ungdomsrådet først og fremst skal være til stede for, og representere, pasienter ved det lokale helseforetaket. Samtidig mener de at et ungdomsråd har et annet mandat enn en brukerorganisasjon, og at det derfor primært er pasienterfaring fra det lokale helseforetaket som er viktig for å utøve rollen som medlem i ungdomsråd på en god måte.

Prosjektledelsen var også bevisste på å legge til rette for at gruppen skulle få en god start. I oppstarten ble det arrangert et helgeseminar for hele brukerrådet, hvor ungdommen fikk anledning til å bli kjent og fikk tid og rom til å skape en felles forståelse for hva deltagelse i ungdomsrådet ville innebære. Våre ungdomsinformanter oppgir at de anser dette for å være en suksessfaktor for å lykkes. De trekker frem at det er viktig at arrangementet foregår utenfor sykehusets lokaler, ettersom det bidrar til å skape en lettere stemning og gir mer rom for å være ungdommer. De legger også vekt på betydningen av den sosiale arenaen og middag på kvelden, for å bli kjent og skape samhold i gruppa.

Koordinatorrollen og samarbeidet med Ungdomsrådet

Ungdomsrådet har en koordinator som kan legge til rette for ungdomsrådets arbeid. Det vektlegges at koordinator bør ha formell myndighet i helseforetaket, med mulighet til å delta på aktuelle møter for å følge opp og promotere ungdomsrådets arbeid¹⁰.

Funn fra evalueringen tyder på at rollen som koordinator er tydelig definert, og at de ansvarsoppgavene som tilligger rollen er hensiktsmessige. Rollen som koordinator trekkes frem av ungdomsinformantene som en

¹⁰ Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan?

avgjørende faktor for at ungdomsrådet på Ahus har blitt kjent for å fungere godt og evner å utrette noe. Ungdommene mener at det er en risiko for at disse oppgavene vil falle på leder i ungdomsråd som ikke har en velfungerende koordinatorrolle.

Koordinator er en svært viktig samarbeidspartner for leder og nestleder av Ungdomsrådet. Erfaringer fra ungdomsrådet tilsier at et viktig kjennetegn ved en god koordinator er å la leder og nestleder få være med på å planlegge ungdomsrådets arbeid, og ikke bestemme for mye selv. Funn fra evalueringen tyder på at dette samarbeidet fungerer godt, og at viktige momenter er åpen kommunikasjon og trygghet.

Fra 2014 har det vært to koordinatorene, en fra somatikk (BUK) og en fra psykisk helsevern, ved BUP. Evalueringen tyder på at det er hensiktsmessig å ha en koordinator fra somatikken og en fra psykisk helsevern, da det gir verdifulle sparringsmuligheter. Begge koordinatorene er frikjøpt i 20 % til å ivareta denne rollen. Det tyder på at belastningen har vært noe ujevn, og at koordinatoren fra BUK har ivaretatt en større del av oppgavene. For denne oppleves 20 prosent stilling å være for lite. Dette skyldes at koordinatorene benytter mye av sin tid til det interne livet i Ungdomsrådet. Begrensningen i stillingsprosent medfører blant annet at koordinatorene ikke alltid har muligheten til å følge ungdomsrepresentantene på eksterne arrangementer.

Koordinator har hatt jevn kontakt med prosjektleder, men ikke med styringsgruppen. Dette har i enkelte tilfeller medført en opplevelse om at beslutningsprosesser tar tid, og resultert i et opplevd behov for jevnlig møtepunkter mellom koordinator og beslutningstakere på et høyere nivå enn prosjektleder.

Godtgjøring

Medlemmene i ungdomsrådet får godtgjøring for å delta på møter i ungdomsrådet. Gjennom evalueringen kom det frem perspektiver på at leder og nestleder får en godtgjøring som oppleves som for lav i forhold til innsatsen de legger ned. Dette er knyttet til at de som innehar disse rollene legger ned mange arbeidstimer i forbindelse med blant annet å forberede og avholde presentasjoner og planlegging og kommunikasjon av ulike arrangementer, som de ikke får godtgjøring for. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet nye retningslinjer for godtgjøring som er iverksatt fra 1.5.2016, og som skal sikre at medlemmer av ungdomsråd ved ulike helseforetak i RHF får godtgjøring på samme nivå.

Fornyning av rådet

Ungdomsrådet ble første gang etablert i 2012. Medlemmene fikk skriftlige kontrakter hvor varigheten av vervet var satt til to år. Ved fornying av ungdomsrådet etter to år fikk nestleder og ett rådsmedlem ha sine verv i to år til, for å sikre kontinuitet i arbeidet. Da nye medlemmer ble rekruttert i 2014, inkluderte dette også medlemmer fra psykisk helsevern. Dette anses som positivt fordi ungdomsrådet nå representerer en større bredde i pasientgrupper blant ungdom. Det ble også rekruttert en egen koordinator fra Divisjon psykisk helsevern. Våre ungdomsinformanter ga også uttrykk for at det er positivt at enkelte medlemmer fra det opprinnelige ungdomsrådet fikk fortsette i sine verv utover de første to årene, fordi dette bidrar til å sikre kontinuitet i hvordan gruppen fungerer og til å opprettholde den kulturen som har utviklet seg.

Når det gjelder rekrutteringsprosessen knyttet til fornying av ungdomsrådet, oppga medlemmer av ungdomsrådet at denne prosessen var svært grundig. De opplevde at det var økt fokus på betydningen av gruppedynamikk og diagnosesammensetning ved fornying av rådet enn da rådet ble opprettet første gang.

Leder og nestleder skal sitte i sine verv til desember 2016, for deretter å ha en rådgivende rolle i et halvt år. Intensjonen er at dette skal skape en god overgang til ny ledelse av ungdomsrådet. Det har også vært diskutert om rådsmedlemmer bør sitte i tre år, istedenfor to år. Dette er basert på en erfaring om at det kan ta ett år å forstå helseforetakssystemet, hva rollen som medlem i Ungdomsrådet innebærer, i form av at deres erfaringer skal representere en større gruppe ungdom, og å bli trygg i rollen sin. Det er ambisjon om å få til en rullering av medlemmer, slik at ikke alle rådsmedlemmer skiftes ut samtidig. En mulighet som har blitt diskutert er at halvparten av vervene skiftes ut om gangen. Her blir det imidlertid viktig å ta i betraktning hvordan en slik rullering kan komme til å påvirke dynamikken og samarbeidet i Ungdomsrådet, ettersom det tar tid for et team å fungere godt.

Forankring i sykehusledelsen

Informanter fra ungdomsrådet oppgir at de opplever at ungdomsrådet er godt forankret i BUK. I løpet av prosjektperioden opplever de også at Ungdomsrådet er godt forankret i sykehusledelsen, inkludert hos

nåværende administrerende direktør. Denne forankringen har imidlertid blitt sterkere etter hvert som ungdomsrådet har fungert, og var ikke like sterk fra starten av.

I brosjyren «Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan?» legges det vekt på at medlemmene i ungdomsrådet må kjenne sin rolle og sitt mandat, og vet hvordan de kan jobbe med saker og påvirke aktuelle beslutningstakere. Derfor er det et råd om at Ungdomsrådet må få opplæring i helseforetakets arbeid, og hvordan ulike beslutninger blir fattet. Funn fra intervjuene tyder på at Ungdomsrådet ikke i tilstrekkelig grad har forstått dette. Det er vanskelig å peke på om dette skyldes manglende opplæring, eller at dette er utfordrende å forstå. Dette tyder på et behov for å være tydelig på dette fremover.

Våre ungdomsinformanter ga imidlertid uttrykk for at de opplever å ikke få være tilstede på arenaer hvor det tas beslutninger som omhandler ungdomsrådet. De opplever det som at viktige avgjørelser i enkelte sammenhenger blir tatt uten deres medvirkning og involvering. Dette gjelder for eksempel beslutningen om å inkludere psykisk helsevern i Ungdomsrådet. Fra prosjektledelsens side er intensjonen at koordinator skal representere Ungdomsrådet. Leder og nestleder ga imidlertid uttrykk for at ungdomsrepresentantene bør være representert selv i tillegg.

5.2 Ungdomsrådets arbeid

Ungdomsrådet ble opprettet for å medvirke i de ulike satsningsområdene i Prosjekt ungdomsmedisin. Ettersom Ahus var ett av de første helseforetakene som opprettet ungdomsråd, fikk ungdomsrådet fra 2014 en rekke forespørsler fra eksterne aktører, som nasjonale helsemyndigheter, andre helseforetak og andre nasjonale aktører. Etter deltakelse på Helsekonferansen i 2014 har forespørslene vært økende.

Ungdomsrådet opplever imidlertid at de hittil har vært for lite synlige i helseforetaket. De er godt kjent blant ledelsen i både BUK og i helseforetaket, men opplever å være for lite kjent blant både helsepersonell og pasienter. De erkjenner for eksempel at ikke alle sykepleiere vet at det finnes et ungdomsråd.

Den siste tiden har Ungdomsrådet arbeidet målrettet mot å gjøre ungdomsrådet mer kjent internt i Ahus. De har informert om Ungdomsrådet på personalmøter, råd og utvalg i ulike avdelinger på sykehuset.

I den sammenheng har Ungdomsrådet kommet opp med konkrete tiltak:

- Invitere en leder (som klinikkssjef, avdelingsleder) til å delta på et kveldsmøte, for å starte en kontakt med ledelsen. De har som målsetting å ha med én leder på hvert av de seks årlige kveldsmøtene.
- Utarbeidelse av flyers og brosjyrer om ungdomsrådet
- Står på stand en gang i måned, mandag.
- Være synlig visuelt, på infoskjermer ulike steder i helseforetaket

Ungdomsrådet har også diskutert om de skal begynne å gå rundt i de ulike avdelingene på sykehuset for å treffe ungdom. De ser at det tar mye tid å organisere en slik runde, men ønsker å arbeide videre med denne ideen.

Ungdomsrådet har også hatt innlegg på ulike fagdager internt på sykehuset (se oversikt i vedlegg).

Arbeidsdeling mellom rådsmedlemmer

Det er primært leder og nestleder som har representert ungdomsrådet på eksterne arrangementer. De opplever dette som en fornuftig rolledeling, begrunnet med at de har kompetanse til å formidle ungdommens ønske på systemnivå. Ungdomsrådet vurderer også oppgavefordeling ut ifra hva de ulike oppdragene handler om. Hvis det er et foredrag om psykisk helsevern å gjøre, er det naturlig at noen med erfaring derfra reiser dit. Leder og nestleder har også funnet frem til en hensiktsmessig oppgavefordeling dem imellom, med fordeling av administrative oppgaver og mer utadrettede oppgaver. Dette har blitt fordelt ut ifra personlige preferanser og kompetanse.

Møtestruktur

Ungdommen må forplikte seg til å møte til tre kveldsmøter per halvår, det vil si seks møter per år. Møtestrukturen er bestemt av prosjektet. I forkant av kveldsmøtene møtes koordinator, leder og nestleder for å planlegge møtenes innhold. Hensikten er at ungdommene skal få medvirke i hva Ungdomsrådet skal arbeide med.

Ungdomsinformantene våre oppgir at det i perioder er behov for flere møter enn hva som er lagt opp til etter denne møtestrukturen. De oppgir imidlertid at de har forståelse for at det er kostbart å skulle arrangere flere møter, ettersom medlemmene får honorar per time. Dette medfører at leder, nestleder og koordinator møtes oftere for å få arbeidet godt med de ulike sakene og henvendelsene og forespørslene som kommer. Det kan variere fra ett ekstra møte per måned til ett ekstra møte per uke. Etter disse møtene sørger de for å koordinere seg, og eventuelt kommunisere videre til resten av ungdomsrådet.

5.3 Prosjektet «Ungdomsrådet – av ungdom for ungdom»

I etterkant av det innledende arbeidet med ungdomsrådet ønsket ungdomsrådet å gi råd til helsepersonell og unge pasienter på Ahus, basert på behov som trådte frem¹¹. Prosjektledelsen for Prosjekt ungdomsmedisin søkte derfor i 2014 om prosjektmidler fra Extrastiftelsen, i samarbeid med Unge Funksjonshemmede, til prosjektet «Ungdomsråd – av ungdom for ungdom». Prosjektet gikk ut på å utvikle verktøy for kommunikasjon. Konkrete leveranser var to hefter med råd fra ungdomsrådet:

- «Ungdomsvennlig sykehus – råd til helsepersonell», hvor hovedmålgruppen var helsepersonell på Ahus
- «Helt sjuk ungdom – råd til ungdom», hvor hovedmålgruppen var ungdomspasienter på Ahus

Basert på de to heftene ble det utarbeidet syv korte filmer, for å sikre god formidling av innholdet. I tillegg utviklet prosjektteamet en egen portal for ungdom på nettsiden www.ungdomsmedisin.no, hvor alt materiell ble gjort tilgjengelig, for å nå et bredt publikum.

5.4 Prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?»

Dette prosjektet ble initiert på bakgrunn av en økende strøm av henvendelser fra andre helseforetak som ønsket anbefalinger og råd i forbindelse med opprettelse av ungdomsråd ved eget helseforetak. I starten gjaldt dette særlig henvendelser fra helseforetak i Helse Sør-Øst, som fikk det inn i sine oppdragsdokumenter før resten av landet å opprette ungdomsråd. Disse henvendelsene var en utfordring for prosjektet, ettersom de krevde mye ressurser. Prosjektet ønsket derfor å dele erfaringene med opprettelse av eget ungdomsråd på en god, kvalitetssikret og tilgjengelig måte, og inviterte Unge funksjonshemmede inn i et samarbeidsprosjekt. Ahus fikk prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Koordinator og leder og nestleder fra Ungdomsrådet deltok i prosjektets referansegruppe. Prosjektet har resultert i tre leveranser:

- Veilederen «Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan? Prinsipper og retningslinjer for reell ungdomsmedvirkning»
- Filmbasert e-læringsprogram om ungdomsråd
- Lanseringssamling med workshop, med deltagere representert fra alle helseregioner

Veilederen «Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan? Prinsipper og retningslinjer for reell ungdomsmedvirkning»

Veilederen er rettet mot lokale helseforetak som skal opprette egne ungdomsråd. Den presenterer overordnede prinsipper og anbefalinger for ungdomsråd, knyttet til de seks temaene reell medvirkning, representasjon, selvstyre og medbestemmelse, opplæring, tilrettelegging og koordinatorrollen. I tillegg inkluderer veilederen en sjekklister for oppstart av ungdomsråd ved helseforetak.

Filmbasert e-læringsprogram om ungdomsråd

E-læringsprogrammet består av ni filmer à 2-5 minutter og basert på intervjuer med ressurspersoner knyttet til ungdomsråd og kan brukes til selvstudium, men egner seg også godt til fagdager, presentasjoner i møter og til opplæring. Målgruppen er ansatte som er involvert i oppstart og drift av ungdomsråd, men vil også være nyttige for ledere og medlemmer av ungdomsråd. E-læringsprogrammet omhandler følgende temaer:

1. Ungdomsvennlig helsetjeneste
2. Hvorfor ungdomsmedvirkning?

¹¹ Akershus universitetssykehus, Sluttrapport Extrastiftelsen-prosjektet «Ungdomsrådet – av ungdom for ungdom»

3. Reell brukermedvirkning
4. Representasjon
5. Selvstyre og medbestemmelse
6. Opplæring
7. Koordinator
8. Organisering
9. Kommunikasjon og tilgjengelighet

Lanseringssamling med workshop, med deltagere representert fra alle helseregioner

Veilederen og det filmbaserte e-læringsprogrammet ble lansert på en samling for alle landets helseforetak og øvrige interesserte aktører. Samlingen ble evaluert, og fikk svært gode tilbakemeldinger fra deltakerne¹².

5.5 Måloppnåelse

Målet med å opprette et ungdomsråd har vært å sikre brukermedvirkning, både i forbindelse med det konkrete arbeidet som er gjort som en del av Prosjekt ungdomsmedisin, men også generelt på Ahus. Prosjektet lyktes med å opprette ungdomsrådet i løpet av det første året av prosjektperioden. I tillegg har det blitt gjennomført to ytterligere delprosjekter knyttet til innsatsområdet om å sikre brukermedvirkning, som følge av at Ahus var tidlig ute med å opprette et eget ungdomsråd i nasjonal sammenheng. Slik sett har prosjektet oppnådd mer enn hva som var planlagt i mandatet når det gjelder å sikre brukermedvirkning.

Reell innflytelse

Ved opprettelsen av Ungdomsrådet var det en uttalt intensjon at Ungdomsrådet skulle ha reell innflytelse på utviklingen av et mer ungdomsvennlig sykehus, både i form av å selv utarbeide egne forslag til hvordan sykehuset kan bli mer ungdomsvennlig, og som en høringsinstans for helseforetakets egne initiativ. Ungdomsinformantene ga også uttrykk for en opplevelse av opplever at deres meninger blir høyt verdsatt i sentrale beslutningsforum i helseforetaket, som i brukerutvalget eller styrerom, og at de opplever å ha reell innflytelse. De oppgir videre at de her erfart at deres innspill følges opp med konkrete endringer, for eksempel i forbindelse med utarbeidelse av overgangsforløpet for diabetespasienter.

I brosjyren «Ungdomsråd i helseforetak» legges det vekt på at ungdomsrådet må likestilles med brukerutvalg når det kommer til å bli hørt og inkludert i alle prosesser som omhandler tilbud til unge brukere ved helseforetaket. Våre ungdomsinformanter ga uttrykk for at de ikke opplever at dette er realisert, begrunnet med at ungdomsutvalget ikke sitter i alle utvalg i helseforetaket som Brukerutvalget sitter i. Som eksempel nevner informanter at leder av Brukerutvalget er med i styringsgruppa på Ahus, mens Ungdomsrådet ikke har vært med i styringsgruppa for Prosjekt ungdomsmedisin.

Leder for Ungdomsrådet satt en periode i Brukerutvalget, men opplevde at dette fungerte dårlig. Dette henger både sammen med at møtene omhandler mange saker som ikke angår ungdom, at møtene er på dagtid, og varer lenge. Det er nå en avtale mellom Brukerutvalget og Ungdomsrådet om å samarbeide dersom de arbeider med saker som angår hverandre. I slike tilfeller deltar en representant fra Ungdomsrådet på Brukerutvalgets møter, og motsatt.

I brosjyren legges det også vekt på at ungdomsrådet skal ha reell innflytelse på system- og tjenestenivå, ved alle relevante enheter i helseforetaket. Ungdomsinformantene opplever å etter hvert ha fått til god dialog med ledelsen. De har blant annet vært i møte med administrerende direktør og viseadministrerende direktør, og satt igjen med inntrykk av at ledelsen ønsker å involvere ungdomsrådet mer fremover. Ungdomsinformantene ga imidlertid uttrykk for at de i større grad ønsker å bli invitert inn i ulike beslutningsfora.

Brukermedvirkning på ungdoms premisser

I brosjyren «Ungdomsråd i helseforetak» legges det vekt på at ungdomsrådet må ha anledning til å sette en selvstendig agenda og løfte frem saker som er viktige for unge brukere ved helseforetaket. Ungdomsrådet har en klar opplevelse av at de selv får velge hvilke saker de vil arbeide med. De får en del forespørsler om å delta på

¹² Sluttrapport prosjekt «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?»

ulike arrangementer, som de selv tar stilling til om de ønsker å delta på. Ungdomsrådet har også arbeidet med en del saker som de selv har ønsket å fremme.

I brosjyren legges det også vekt på at ungdomsrådet må være tilgjengelig for innspill fra unge brukere som kan bidra til å forbedre tjenestetilbudet, og jobbe aktivt for å innhente disse. Våre ungdomsinformanter at ungdomsrådet ikke har hatt tilstrekkelig fokus på dette hittil. De har imidlertid på eget initiativ satt opp dette i ungdomsrådets mandat, og ønsker å legge større vekt på dette fremover. Årsaken til dette er at ungdomsrådet har tatt på seg mange oppdrag for å fremme ungdomshelse på politisk nasjonalt nivå og systemnivå, at det har gått på bekostning av å innhente erfaringer og være i dialog med ungdom som får helsetjenester ved Ahus. Ungdomsrådet arbeider derfor nå systematisk med hvordan de i større grad skal komme i kontakt med ungdomspasientene ved Ahus, for å kunne fremme saker som de er opptatt av.

Ungdomsrådet benytter imidlertid medlemmenes egne personlige erfaringer til å nå målsettingen om å fremme synspunkter og saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere. De opplever at de er såpass bredt sammensatt at deres perspektiver er representative. De ser imidlertid behov for å i større grad innhente perspektiver fra enkeltungdom med erfaring fra sykehuset. For å lykkes med dette har de iverksatt konkrete tiltak, som å utarbeide flyers og små brosjyrer med informasjon om ungdomsrådet, delta på stand ved likepersonskontoret én mandag per måned, samt være synlig visuelt på informasjonsskjermer rundt om på sykehuset.

5.6 Videreutvikling av Ungdomsrådet

Evalueringen har identifisert følgende områder som bør ses nærmere på for å videreutvikle Ungdomsrådet.

Vurdere hvor stor stillingsprosent koordinatorrollen skal utgjøre

Per i dag oppleves 20 prosent å være for knapt for koordinatoren fra BUK. Det bør vurderes å se på fordelingen av oppgaver mellom de to koordinatorerne, og vurdere behovet for å utvide stillingen til en koordinator (for eksempel en Koordinator 1 og 2). Det bør ses på hvilken støtte Ungdomsrådet trenger fra koordinator, for eksempel i form av støtte på eksterne arrangementer. Dette er en oppgave som av og til må nedprioriteres i dag.

Etablere faste møtearenaer mellom Ungdomsrådets koordinatører og ledelsen

Koordinatorerne ser behov for å ha faste møtepunkter og jevnlig dialog med ledelsen som er ansvarlig for ungdomsrådet, for å avklare spørsmål av mer strategisk karakter, som påvirker hva Ungdomsrådet har fokus på og bruker tiden sin til. Dette kan dreie seg om hvilke typer forespørsler om eksterne bidrag som Ungdomsrådet skal prioritere å ta på seg. Enkelte slike forespørsler tar mye tid, og medfører at enkelte forespørsler må prioriteres foran andre. Med prosjektorganiseringen som hittil har fungert, gjelder dette dialog med styringsgruppen.

Vurdere hvorvidt Ungdomsrådet kan involveres på flere ledelsesarenaer

Representanter for ungdomsrådet ser behov for å være representert på flere beslutningsarenaer i helseforetaket, hvor koordinator eller prosjektleder har representert dem i prosjektperioden. De begrunner dette med at det kun er ungdom selv som best representerer ungdoms stemme.

Fokus på å gjøre Ungdomsrådet kjent blant ungdom

Ungdomsrådet har diskutert hvordan de best kan gå frem for å gjøre seg synlige og kjent blant ungdom på helseforetaket. De har en gruppe på Facebook, hvor de blant annet får helsepolitiske forespørsler og lignende. En annen mulig kanal som er diskutert er å lage en Podcast, som gjøres tilgjengelig på iTunes en annen mulig kanal er å distribuere filmer via sosiale medier. De har tro på at det er behov for å kommunisere gjennom levende lyd og bilde for nå gjennom til ungdommene.

6 Ungdomsvennlige arealer og tilbud

Som en del av Prosjekt ungdomsmedisin var det også et mål å utvikle tilbud generelt til ungdom i BUK, med lokaler og aktiviteter tilpasset ungdomsgruppen¹³. Denne målsettingen var lite konkretisert i mandatet, og de konkrete aktivitetene og leveransene ser ut til å ha blitt til underveis i prosjektperioden. Det var imidlertid en tydelig prioritering at ungdomsrådet, som ble opprettet i starten av prosjektperioden, skulle få medvirke i utviklingen av tiltak for å gjøre sykehuset mer ungdomsvennlig.

I henhold til mandatet var det to ressursmål knyttet til denne målsettingen, herunder arealer og rammer for poliklinisk tilbud tilpasset ungdom og eget sengeareal for ungdom.

I løpet av prosjektperioden har prosjektet hatt følgende leveranser knyttet til denne målsettingen:

- Ungdomsvennlige sykehusarealer
- Brosjyrer og informasjonsmateriell

I tillegg har «gode møter mellom helsepersonell og ungdom» også vært et fokusområdet knyttet til målsettingen, men det har ikke blitt utarbeidet noen konkret leveranse på dette området.

6.1 Ungdomsvennlige arealer

Som en del av prosjektet har flere arealer på sykehuset blitt utviklet med formål om å være ungdomsvennlige. Dette gjelder:

- Ungdomsrommet TIMEOUT i Avdeling Barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken
- Ungdomsvennlig ventesone i barnemottak, Barne- og ungdomsklinikken
- Ungdomsvennlig behandlingsrom på poliklinikken, Barne- og ungdomsklinikken

Fra før var det etablert et ungdomsvennlig rom i Avdeling BUPH i Barne- og ungdomsklinikken.

Også i BUP, Divisjon psykisk helsevern, er det gjort tilpasninger i lokalene for å gjøre dem mer ungdomsvennlige. Dette gjelder blant annet venterom på poliklinikkene.

Ungdomsrommet «TIMEOUT»

Som en del av prosjektet er det utviklet et eget rom for ungdom, lokalisert i 4. etasje i BUK¹⁴. Rommet er rettet mot ungdom i alderen 12 – 18 år, og er åpent hver dag mellom kl. 10:00 og 22:00. Ungdomspasienter kan komme hit for å møte andre ungdom på sykehuset, eller ta med seg venner som besøker dem. På TIMEOUT har de mulighet til å slappe av i sofaen, spille tv-spill, brettspill, se film, surfe på nettet, høre på musikk og møte andre ungdommer.

Ungdomsrådet kom med ønsker til hvordan de ville ha det, prosjektgruppen og prosjektleder var sammen om å få utformet det. Representanter fra ungdomsrådet oppgir at de får tilbakemeldinger om at «TIMEOUT» blir brukt av ungdom som ligger inne på sykehuset. Både de og helsepersonell opplever at ungdomsrommet treffer ungdommenes behov, og utgjør en pustesone på sykehuset som ungdom trenger.

Det er laget egne plakater om TIMEOUT, som er hengt opp på informasjonstavler i ulike avdelinger i BUK¹⁵. Informanter som representerte ansatte ved Barne- og ungdomsavdelingen (sengepost 3. og 4. plan) oppga at de fleste på deres avdeling kjenner til at ungdomsrommet finnes, og at de prøver å være bevisste på å informere

¹³ Akershus universitetssykehus HF, Barne- og ungdomsklinikken, Prosjektmandat ungdomsmedisin, 2012

¹⁴ Plakat om «TIMEOUT»

¹⁵ Plakat om TIMEOUT

ungdom som er innlagt om ungdomsrommet. Representanter for Ungdomsrådet oppgir imidlertid at de har inntrykk av at helsepersonell ikke informerer alle ungdom som kan ha glede av ungdomsrådet om at det finnes.

Selv om hovedmålgruppen for TIMEOUT er ungdom i alderen 12 – 18 år, er også eldre ungdom som er innlagt på voksenmedisinske avdelinger velkomne. Ungdomsrådet er tydelige på at dette er et ønske, men som foreløpig ikke er fremmet som egen sak eller besluttet hos ledergruppen. Derfor har det foreløpig ikke blitt satt i verk informasjonstiltak i voksenavdelinger på dette området.

Ungdomsvennlig ventesone i BUK

Som en del av prosjektet er deler av ventesonen i barnemottak i BUK utviklet til å være rettet mot ungdom. Den består av en vegg med ruter, inspirert fra København. Funn fra evalueringen tyder på at det har blitt gitt lite informasjon om at den ventekroken er til ungdom.

En informant fra ungdomsrådet var usikker på hvilken ventesone dette gjaldt. Dette kan tyde på at ventesonen i BUK ikke fremkommer som spesielt rettet mot ungdom, men mer som en ventesone for pasienter generelt, uten spesielt fokus på barn.

Ungdomsvennlig behandlingsrom på poliklinikken i BUK

I poliklinikken på BUK er et av behandlingsrommene tilpasset til ungdom. Dette behandlingsrommet har stort utvalg i ungdomsblader og aktiviteter som spill, TV-spill og TV. Dette behandlingsrommet brukes imidlertid til pasienter i alle aldre, også barn og foreldre/foresatte, da poliklinikken har behov for å ta i bruk de behandlingsrommene som er tilgjengelige, ut ifra kapasitetsbehov.

Representanter fra ungdomsrådet oppgir at dette rommet fungerer godt som samtalerom mellom helsepersonell og ungdom.

6.2 Tilpasset informasjon

Som en del av prosjektet er det utarbeidet informasjon som er rettet spesifikt mot ungdom som målgruppe. Dette gjelder nettsiden ungdomsmedisin.no og flere brosjyrer.

Nettsiden ungdomsmedisin.no

Gjennom Prosjekt ungdomsmedisin har nettsiden ungdomsmedisin.no blitt utviklet. Denne siden har informasjon rettet mot to hovedmålgrupper, ungdom og helsepersonell.

Informasjonen rettet mot ungdom omhandler temaene ungdomsvennlig helsetjeneste, Ungdomsrådet, rettigheter, overganger og gruppetilbud.

Representanter for ungdomsrådet har inntrykk av at den delen av ungdomsmedisin.no som er rettet mot ungdom ikke i stor nok grad er kjent blant målgruppen. Det finnes en gjesteblogg nå, blant annet, hvor ungdomsrådet skriver innlegg, som de håper og tror at ungdom kjenner seg igjen i. De oppgir imidlertid at de ikke har høye lesertall på disse. En mulig måte å spre dette mer på, som kom frem gjennom intervju, er å spre gjestebloggen på sosiale medier.

Brosjyre «Til deg som er ungdom, innlagt på Barne- og ungdomsklinikken» og andre brosjyrer

Som en del av prosjektet er det utarbeidet en brosjyre rettet mot unge pasienter, med informasjon om helseforetakets tilbud til unge pasienter¹⁶. Ressursgruppen for ungdomsmedisin i ABU så behov for at ungdom fikk bedre informasjon om sine rettigheter og tilbud i avdelingen, og tok initiativ til å utvikle brosjyren. Ungdomsrådet har fått medvirke i utarbeidelsen av den, for å sikre at både innhold og layout treffer ungdom som målgruppe. Denne inneholder informasjon om sykehuskolen, rettigheter, ungdomsrommet, Ungdomsrådet og aktiviteter for ungdom på sykehuset.

Både representanter fra ungdomsrådet og representanter for ansatte ved ABU meddeler at denne brosjyren ikke deles ut til alle ungdom i målgruppen. En årsak er at helsepersonell har det for travelt til å huske på det i

¹⁶ Akershus universitetssykehus HF, «Til deg som er ungdom, innlagt på Barne- og ungdomsklinikken»

hverdagen. De peker på behov for å innarbeide utdeling av denne brosjyren som en del av sine rutiner og prosedyrer. Fagrådet har foreslått en fast rutine på dette, som foreløpig ikke ser ut til å være innarbeidet.

Som en del av prosjektet er det også utarbeidet flere andre informasjonshefter, som «Helt sjuk ungdom! Erfaringer og råd fra ungdom til ungdom». Det er også utviklet informasjonsmaterieell rettet mot helsepersonell, «Ungdomsvennlig sykehus. Erfaringer og råd fra ungdom til helsepersonell.»

6.3 Gode møter mellom helsepersonell og ungdom

Kommunikasjon mellom helsepersonell og ungdom er et tema som har blitt vektlagt av både Unge Funksjonshemmede og i Helsedirektoratets rapport «Helsetilbud til ungdom og unge voksne». Ungdomsrådet ved Ahus har også løftet frem kommunikasjonsferdigheter som et viktig element ved å utvikle gode tilbud til ungdom. Selv om det ikke ble fastsatt noen konkrete leveranser på dette området, har det gjennom prosjektperioden blitt satt i verk flere gode tiltak.

På nettsiden www.ungdomsmedisin.no, i delen rettet mot helsepersonell, er det utarbeidet en egen seksjon som handler om kommunikasjon. Gjennom intervjuer med ungdom, settes det her ord på hva som kjennetegner gode og dårlige møter med helsepersonell. Det gis også helt konkrete råd til hva som kjennetegner god kommunikasjon med ungdom. Dette temaet belyses også i flere av filmene og annet materiale som er tilgjengelig.

Prosjekt ungdomsmedisin har også arrangert to kommunikasjonskurs for helsepersonell, i mai 2014 og mars 2016, hvor de leide inn internasjonale foredragsholdere med ekspertise på kommunikasjon med ungdom. I 2014 stilte Mia Börjesson og i 2016 stilte Kirsten Boisen og Pernille Grarup som kursholdere.

6.4 Kveldsåpen poliklinikk

Som en del av Prosjekt ungdomsmedisin ble det også arbeidet med å realitetsvurdere et ønske fra Unge funksjonshemmede om kveldsåpen poliklinikk. Dette resulterte i en helhetsvurdering av at det ikke var mulighet til å drifte det, fordi det er veldig organisatorisk ressurskrevende.

Representanter fra styringsgruppen ga gjennom intervju uttrykk for at spørsmålet om utvidet åpningstid på poliklinikken ikke er avslått helt enda, og mener at åpningstid til frem til for eksempel kl. 18.00 kan bli realisert. De peker imidlertid på flere utfordringer knyttet til dette, som vil gjøre det tidkrevende å organisere. For det første er det mange støttefunksjoner som ikke åpner da, slik som røntgen eller lab. Dette vil forutsette at pasienter som behandles etter ordinær åpningstid ikke kan ha behov for slike tjenester, noe som vil kreve nøye planlegging. I tillegg pekes det på utfordringer knyttet til holdninger blant helsepersonell, som ikke ønsker å arbeide utover ettermiddagen.

6.5 Videreutvikling av ungdomsvennlige arealer og tilbud

Gjennom intervjuene har det også kommet opp andre forslag til hvordan Ahus kan utvikle sine arealer til å bli enda mer ungdomsvennlige.

Ungdomsvennlige arealer på voksenavdelinger

Når det gjelder utviklingen av ungdomsvennlige arealer og tilbud har fokuset kun vært på Barne- og ungdomsklinikken i løpet av prosjektperioden. Det er hittil ikke utviklet ungdomsvennlige arealer i voksenmedisinske avdelinger. Det betyr at ungdom og unge voksne i alderen 19 – 26 år, som også inngår i målgruppen for ungdomsvennlige helsetjenester, ikke har et tilsvarende tilpasset tilbud.

Som eksempel er ungdomsrommet TIMEOUT rettet mot ungdom i alderen 12 – 18 år. Ungdom som er innlagt på voksenavdelinger er imidlertid velkomne til å bruke rommet, men det bør arbeides med å informere dem om at rommet finnes.

Ungdomsfly i Avdeling Barn og unge (BUK)

Både representanter for ungdomsrådet og representanter for Avdeling Barn og unge oppga at det er ønskelig å kunne legge ungdom på en egen ungdomsfly eller egen ungdomsavdeling i ABU, slik at ungdom som er innlagt får ligge i en egen del av et plan. Ansatte i ABU oppgir at de har stort fokus på at ungdom skal få ligge på rom

sammen med jevngamle pasienter. I enkelte tilfeller tilbyr de også ungdom som er innlagt på sykehuset å ha med seg en venn til å overnatte, dersom det er kapasitet til å ha en ekstra seng på enkeltmannsrom.

Øke aldersgrensen på BUK

Representanter fra styringsgruppen tok opp at det har vært diskutert å øke aldersgrensen på BUK, for eksempel til 23 år. Bakgrunnen for forslaget er en erkjennelse av at mange ungdom ikke er voksne når de fyller 18 år, og at de «passer bedre inn» på ABU. De største fordelene av utvidet aldersgrense er at pasientene får tettere oppfølging på ABU, som vil komme pasienter med kroniske sykdommer mest til gode. Det er imidlertid flere hindringer for å utvide aldersgrensen på BUK til 23 år. For det første er innholdet i barnelegeutdanningen begrenset til barne- og tenårene. For det andre får ungdom en rekke andre rettigheter når de fyller 18 år. I tillegg er det enkelte pasientgrupper som ikke ønskes på ABU, slik som utagerende unge voksne og unge kvinner som har vært gjennom abort.

Informasjon om tilbudene

Gjennom intervjuene fremkom det at helsepersonell i større grad bør informere ungdom om at ungdomsrommet og andre tilpassede tilbud finnes. Følgende tiltak kan vurderes:

- Henge opp plakaten om TIMEOUT på alle voksenavdelinger, i tillegg til BUK
- Sørg for at personell i hovedekspedisjon og ekspedisjoner i ulike avdelinger kjenner til tilbudene, som ungdomsrommet
- Sørg for mer systematisk distribusjon av brosjyrene, som blant annet å innarbeide distribusjon av disse i helsepersonells rutiner.
- Informasjon om TIMEOUT på tv-skjermer

7 Andre innsatsområder

I tillegg til de tre hovedinnsatsområdene 1) sikre gode overganger, 2) sikre brukermedvirkning og 3) utvikle ungdomsvennlige arealer og tilbud, har det gjennom Prosjekt ungdomsmedisin også blitt lagt ned innsats på flere andre områder. Disse er oppsummert i følgende tre områder:

- Stimulere forskningsaktivitet
- Nettverksarbeid og kommunikasjon
- Kompetanse, strategi

7.1 Stimulere forskningsaktivitet

Det var også en målsetting i Prosjekt ungdomsmedisin at prosjektet skulle stimulere til forskning på dette feltet. Hittil har det ikke blitt satt i gang konkrete forskningsprosjekter ved Ahus. Dette målet må derfor sies å ikke være nådd i løpet av prosjektperioden. Dette har sammenheng med at dette ikke har vært hovedprioritet, samt at det har vært utfordrende å identifisere konkrete forskningsprosjekter som FoU avdelingen har ønsket å gå videre med.

Ungdomsrådet ved Ahus er imidlertid med i et forskningsprosjekt som gjennomføres av Universitetet i Oslo ved Institutt for informatikk. KULU-prosjektet tar sikte på å lage «kul teknologi for unge med langvarige helseutfordringer»¹⁷. Forskere og studenter som gjør forskning og design med unge mennesker (rundt 12 - 25 år). Blant annet omhandler flere masteroppgave overganger, og hvorvidt helse-orientert IKT kan støtte unge pasienter gjennom overgangen deres fra barneavdeling til voksenavdeling.

7.2 Nettverksarbeid og kommunikasjon

Gjennom prosjektet har prosjektleder hatt mye fokus på nettverksarbeid og å kommunisere ut det arbeidet som er blitt gjort som en del av Ahus sin satsning på ungdomsmedisin.

Gjennom intervjuer med eksterne aktører som har interesse for, eller selv arbeider med ungdom i spesialisthelsetjenesten, fremkommer det at Ahus har vært en stor pådriver for å sette ungdomsmedisin på agendaen hos norske helsemyndigheter. Prosjektleder for Prosjekt ungdomsmedisin er også delaktig på felles arenaer, blant annet gjennom deltakelse i styret for Norsk Nettverk for Unge Helse.

Som et ledd i arbeidet med å kommunisere ut arbeidet som er gjort ved Ahus, har prosjektet fått utarbeidet nettsiden www.ungdomsmedisin.no, med informasjon som er rettet spesifikt mot både ungdom og helsepersonell. Gjennom evalueringen fremkommer det at nettsiden er godt kjent blant personer i Norge som har en genuin interesse for ungdomsmedisin. Det ser likevel ut til å være et potensiale for at nettsiden kan brukes i enda større grad.

Eksterne presentasjoner

I løpet av prosjektperioden har prosjektleder fått en rekke henvendelser fra eksterne aktører, både regionalt i Helse Sør-Øst, i andre helseregioner og nasjonalt, samt internasjonalt, om å presentere ulike sider ved måten Ahus arbeider med å utvikle ungdomsvennlige helsetjenester på.

Totalt utgjør dette 28 presentasjoner. 13 av disse har vært på nasjonale arrangement, hvorav fem for helsemyndighetene. Dette dreier seg blant annet om dialogmøte med Helsedirektoratet om ungdomsmedisin (2013), innlegg på Toppmøte om ungdomshelse på Lillehammer (2015) og deltakelse på Arendalsuka (2015).

Åtte av presentasjonene har vært holdt ved andre helseforetak, i ulike helseregioner, blant annet ved Haukeland sykehus (Helse Vest), Sykehuset i Haugesund (Helse Vest) og St. Olavs hospital (Helse Midt-Norge).

¹⁷ <http://www.kulu.no/>

Prosjektet har også blitt presentert på to internasjonale konferanser, Health Promoting Hospitals and healthservices (HPH) i Göteborg (2013) og på International Association for Adolescent Health (IAAH), Istanbul (2013).

Prosjektleder har også bidratt på spesialistutdanninger for helsepersonell, for eksempel Norsk Barnelegeforenings spesialiseringkurs innen ungdomsmedisin (2014).

Interne presentasjoner

Prosjektleder har også avholdt en rekke presentasjoner om Prosjekt ungdomsmedisin internt ved Akershus universitetssykehus HF i perioden juni 2012 og frem til i dag, mai 2016.

Totalt har det vært avholdt 38 interne presentasjoner. Antallet interne presentasjoner har økt noe de to siste årene i prosjektperioden. Det ble holdt fem presentasjoner i løpet av prosjektets seks måneder i 2012, ni presentasjoner i 2013, syv presentasjoner i 2014, 11 presentasjoner i 2015 og seks presentasjoner per april 2016.

Dette dreier seg om presentasjoner og innlegg på morgenmøte, ungdomsmedisin som tema på fredagsmøte, møte med sykehusledelsen, strategiseminar BUK, møter med avdelingsledelsen for ulike avdelinger i forkant av implementering av overgangsforløp, samt implementeringssamlinger innen overgangsforløp.

Publikasjoner og presseomtale

I løpet av prosjektperioden har Prosjekt ungdomsmedisin vært omtalt i ulike tidsskrifter, aviser og lignende. PAIDOS, tidsskrift for norsk barnelegeforening hadde et temanummer om ungdomsmedisin i 2015, hvor fire artikler omhandlet Ahus¹⁸. Disse omhandlet både Ahus sitt arbeid med ungdomsråd, overganger og filmbasert opplæring om overgangene.

Østlandets Blad publiserte en artikkel i januar 2013 med tittelen «Slik skal ungdommene gjøre Ahus bedre», som omhandlet Ungdomsrådet og Ahus sitt fokus på brukermedvirkning blant ungdom¹⁹.

Utover dette har det også vært flere presseomtaler, blant annet i Aftenposten i forbindelse med åpning av ungdomsrommet, i Tidsskrift for helsesøstre og Romerikes blad, samt representasjon på radio i forbindelse med krav om ungdomsråd i alle helseforetak i ny nasjonal helse- og sykehusplan.

7.3 Kompetanse, strategi

Akershus universitetssykehus HF har i prosjektperioden hatt ønske om å bli nasjonal kompetansetjeneste innen ungdomsmedisin. De har søkt Helse og omsorgsdepartementet om dette, men fått avslag på søknaden.

Ved søknad om nasjonal kompetansetjeneste vil det blant annet legges vekt på etablering av faglig referansegruppe og en infrastruktur forankret i helseforetaket. Det ble derfor opprettet et fagråd i 2014, som var tenkt som en forløper til et utvidet faglig nettverk, i tillegg til å være Ahus lokale kompetanseressurs²⁰.

Årsaken til avslaget på søknaden ser ut til å handle om at helsemyndighetene foreløpig ikke ser at en nasjonal kompetansetjeneste er den beste «formen». Direktoratet oppga i avslagsbrevet at de «anser det mer hensiktsmessig å adressere virkemidler for å styrke ungdomsmedisin i ny ungdomsstrategi som skal lanseres av Helse- og omsorgsdepartementet i 2016». Gjennom evalueringen fremkom det også som en årsak at ungdomshelse er et såpass vidt tema, og at nasjonale kompetansetjenester er ment å dekke et mer definert fagområde eller pasientgruppe. Gjennom intervju med helsemyndighetene kommer det imidlertid frem tydelige intensjoner om at Ahus er posisjonert for å få en sentral rolle som faginstans innen ungdomsmedisin fremover. Hvilken rolle avhenger av hvordan helsemyndighetene velger å organisere denne funksjonen.

¹⁸ PAIDOS, Temanummer Ungdomsmedisin, 2015; 33 (4): 160 – 167, artiklene «Ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus», «Ungdomsråd ved alle norske sykehus!», «Gode overganger på AHUS», «Ny filmbasert opplæring om god transisjon»

¹⁹ <http://www.oblad.no/nyheter/slik-skal-ungdommene-gjore-ahus-bedre/s/2-2.2610-1.7733388>, 22. januar 2013

²⁰ Akershus universitetssykehus, Anbefaling om opprettelse av et fagråd for ungdomsmedisin ved Akershus universitetssykehus, 3.6.2014

E-læring til helsepersonell

Som en del av prosjektet har prosjektgruppen som nevnt utarbeidet to e-læringsprogram, som er gjort tilgjengelig på ungdomsmedisin.no, innen transisjon og brukermedvirkning.

Det ser imidlertid ut til at kompetanseheving blant helsepersonell internt på Ahus i mindre grad har vært i fokus i den fireårige prosjektperioden. Gjennom intervjuer med helsepersonell på BUK kommer det frem at de fleste ansatte i BUK er kjent med at filmene rettet mot helsepersonell er utarbeidet og ligger tilgjengelig for dem. Flertallet ser imidlertid ut til å ikke ha sett dem. Hovedbegrunnelsen for dette er at de ikke har tatt seg tid til det, og ser ikke ut til å handle om at de ikke ser verdien av det. Det fremkommer også at helsepersonell generelt har begrensede muligheter for kompetanseheving på eget initiativ, på grunn av travle arbeidshverdager, og at det er organisatorisk utfordrende å få alle til å gjennomføre opplæringstiltak som er obligatoriske. Ledere har for øvrig begrenset myndighet til å kunne pålegge ansatte å gjennomføre kompetansehevingstiltak, uten forankring på et høyere ledelsesnivå.

Ansatte i ABU mener at filmene egner seg godt som tema på fagdager, som avholdes to ganger per år. I tillegg mener de at ansatte som arbeider turnus, og går nattevakt, kunne hatt anledning til å se filmene i perioder med mindre aktivitet. Dette forutsetter at de kommer på at de kan se disse filmene. Det kom opp forslag om at det kan komme opp informasjon om disse på tv-skjermer, som har rullerende budskap.

8 Samlet vurdering

I dette kapitlet gir vi våre overordnede vurderinger av hvorvidt Prosjekt ungdomsmedisin har nådd målsettingene som var satt for prosjektet. Vi knytter også arbeidet som er gjort opp mot Ahus sine strategiske visjoner for satsningen på ungdomsmedisin. Til sist oppsummerer vi våre vurderinger av hva som vil være viktig får å få en god videreføring av satsningen på ungdomsmedisin, etter at prosjektperioden avsluttes i august 2016.

8.1 Måloppnåelse i henhold til mandat

Evalueringen viser samlet sett at Prosjekt ungdomsmedisin har vært et vellykket prosjekt. Denne oppfatningen deles i større eller mindre grad av representanter i styringsgruppen og prosjektdeltakere for øvrig. En nærmere vurdering av leveranser, sett opp mot mandat, viser at alle delprosjekter innenfor prosjektets tre hovedinnsatsområder er gjennomført. I tillegg har prosjektet resultert i leveranser på områder som ikke var forhåndsdefinerte. Dette har vært mulig fordi prosjektteamet har søkt om, og fått innvilget, eksterne midler til ulike delprosjekter. Flere informanter i evalueringen peker på at prosjektet har oppnådd maksimalt av hva som har vært mulig å få til med de tilgjengelige ressursene, og omtaler prosjektet som en suksess.

Ett området som prosjektet hittil ikke har hatt konkrete leveranser på, og hvor måloppnåelsen således ikke har vært god, er forskning. Dette har sammenheng med at dette ikke har vært ett av prosjektets hovedinnsatsområder, og således ikke vært prioritert i fireårsperioden.

Internt i helseforetaket har prosjektet vært anerkjent, og prosjektledelsen har gjennom prosjektperioden oppnådd å sette ungdomsmedisin høyt på agendaen i helseforetaket. Prosjekteier, ved klinikkdirektør for BUK, ser også ut til å ha lyktes med å forankre ungdomsmedisin blant sykehusledelsen.

Det vises også til at prosjektleder har vært svært dedikert, noe som vurderes å ha vært en suksessfaktor for prosjektets måloppnåelse. Andre informanter oppgir at prosjektleder har lyktes med å engasjere personer med spisskompetanse på spesifikke områder til ulike delprosjekter, som har bidratt til gode leveranser.

Det fremheves også at Prosjekt ungdomsmedisin har vært et forholdsvis utadrettet prosjekt, som ikke har fremstått lukket, slik prosjekter står i fare for å gjøre.

8.2 Måloppnåelse i henhold til visjon

BUKs visjon for ungdomsmedisin er som følger:

1. Faglig innovativ og fremragende
2. Bidra til å trekke til oss kompetent arbeidskraft
3. Gjøre oss til pasientens førstevalg
4. Være posisjonerende
5. Være realiserbare innen strategiperioden

Evalueringen har ikke tatt sikte på å vurdere måloppnåelse på disse områdene, både fordi disse er vanskelige å måle, og fordi det ville ha krevd en evaluering med lengre tidsramme og større budsjetttramme. Gjennom evalueringen har vi likevel innhentet perspektiver fra informanter utenfor Ahus, som har kjennskap til arbeidet som er gjort og til ungdomshelsefeltet generelt.

Overordnet tyder evalueringen på at Ahus sin satsning på ungdomsmedisin har blitt velkjent utenfor Ahus, både i Norge og blant personer med engasjement for ungdomshelse internasjonalt. Det har satt Ahus på kartet, og bidratt til omdømmebygging for helseforetaket.

Representant for et annet helseforetak, representert i NNUH, mente at Ahus har vært en stor inspirasjonskilde til andre helseforetak i Norge, gjennom at de har satt ungdomsmedisin på agendaen. De har også bidratt konkret til at St. Olavs nå har fått implementert fokus på gode overganger mellom barneavdelinger og voksenavdelinger i pasientforløpene. De har ikke utarbeidet egne overgangsforløp, men integrert overganger i

helhetlige pasientforløp, fordi dette er et stort satsningsområde i Helse Midt-Norge. Andre helseforetak opplever også å ha fått mye hjelp til å komme i gang med konkrete tiltak i eget helseforetak. For eksempel informasjon om ungdomsråd.

Flere informanter har også trukket frem at prosjektledelsen for Prosjekt ungdomsmedisin har vært rausere med å dele av egne erfaringer og kompetanse, for å hjelpe andre helseforetak. Dette gjelder blant annet arbeid med å gjøre eget helseforetak mer ungdomsvennlig, for eksempel ved opprettelse av ungdomsråd eller arbeid med å bedre overganger mellom barne-/ungdoms- og voksenavdelinger.

På den andre siden ser det imidlertid ut til at helsepersonell internt på Ahus ikke har like god kunnskap om hvor langt fremme Ahus er i norsk sammenheng innen ungdomsmedisin.

8.3 Veien videre – anbefalinger til implementering i varig drift

Prosjekt ungdomsmedisin skal avsluttes i august 2016, etter fire år. Avslutningen på prosjektet markerer også avslutningen på prosjektorganiseringen av arbeidet, med en prosjektleder frikjøpt i 100 % stilling, prosjektteam og styringsgruppe. Selv om Prosjekt ungdomsmedisin avsluttes, er det intensjoner om at ungdomsmedisin fortsatt skal være et satsningsområdet ved Ahus. Arbeidet vil imidlertid måtte organiseres på en annen måte enn hva det har blitt gjort i prosjektperioden.

I prosjektperioden har ungdomsmedisin vært forankret ved BUK. Ettersom arbeidet også involverer voksenavdelinger og psykisk helsevern, bør det fremover vurderes å forankre ansvaret for det videre arbeidet med å gjøre Ahus til et ungdomsvennlig sykehus på et høyere organisatorisk nivå i helseforetaket. Dette vurderer vi at vil bidra til å legitimere satsningen i alle foretakets klinikker/enheter. En risiko ved at satsningen blir værende i BUK er at det fortsatt blir oppfattet som et barneanliggende, med påfølgende mindre eierskap i andre avdelinger.

I 2014 ble det opprettet et fagråd ved Barne- og ungdomsklinikken. I henhold til fagrådets mandat skal fagrådet være²¹:

- Klinikknært og praksisorientert
- Gi innspill om kompetansebehov og kompetansekrav til ansatte i BUK
- Gi råd om utvikling av praksis
- Gi råd i implementeringsarbeid
- En faglig referansegruppe for prosjektet
- Ambassadører/ endringsagenter i egen avdeling

Ettersom Ahus ikke fikk innvilget status som nasjonal kompetansetjeneste, som var den opprinnelige årsaken til opprettelse av fagrådet, bør styringsgruppen for Prosjekt ungdomsmedisin tydeliggjøre hvilken rolle fagrådet skal ha fremover. Det bør også vurderes hvorvidt fagrådet er forankret på riktig nivå i helseforetaket, eller hvorvidt det bør forankres på et mer overordnet nivå. Uavhengig av organisatorisk tilknytning, bør fagrådet ha et mandat som er forankret på foretaksnivå.

I henhold til mandatet skal fagrådet «gi råd i implementeringsarbeid». Vi tolker det som at noen andre skal «eie» implementeringen. Gjennom intervjuer med representanter for styringsgruppen har vi forstått at det er en intensjon om at linjelederne, det vil si avdelingsledere og klinikkjefer, fremover skal ha ansvar for at implementeringen av overgangsforløpene i de ulike avdelingene blir gjennomført. Dersom et slikt linjeansvar skal lykkes, forutsetter det god forankring og stort eierskap blant både avdelingsledere og klinikkjefer. Evalueringen tyder på at eierskapet er stort blant enkelte avdelingsledere, men mindre enn andre, i den forstand at avdelingslederne i varierende grad ser verdien og relevansen av å jobbe annerledes med denne pasientgruppen.

Derfor kan det være hensiktsmessig å forankre satsningen på ungdomsmedisin hos en dedikert ressurs i helseforetaket, for eksempel knyttet til overordnede stabsfunksjoner. Denne personen bør blant annet ha fokus

²¹ Orienteringssak til ledergruppen BUK, møtedato 26.3.2014

på å følge opp implementeringen av overgangsforløpene, for eksempel gjennom en form for møtearena/arena for erfaringsutveksling eller annen form for rapportering.

Oppsummert har vi følgende anbefalinger til veien videre:

- Prosjektet bør ha en tydelig avslutning, som markeres og med informasjon om hva prosjektet har oppnådd og hvordan arbeidet videreføres.
- Prosjektledelsen eller styringsgruppen må kommunisere sine forventninger for arbeidet fremover, til både Ahus og til BUK.
- For å unngå at prosjektet anses som et «barneanliggende», bør satsningen på ungdomsmedisin forankres på høyere nivå i helseforetaket enn i BUK.
- For at kliniksjefer og avdelingsledere skal følge opp implementeringen av overgangsforløp, bør dette formuleres i deres oppdragsbrev. Det bør også være tema på eksisterende samarbeidsmøter, både på avdelingsnivå, klinikknivå og helseforetaksnivå. I hver avdeling bør det være ansvarlig lege og koordinator som har dedikert ansvar for videreføring og videreutvikling av overgangsforløpene, både i barn og voksen.
- Det bør opprettes felles arenaer for informasjonsutveksling slik at avdelingene i større grad ser verdien av arbeidet med ungdom som pasientgruppe, herunder overgangsforløpene.

8.4 Videreutvikling av Ahus som et ungdomsvennlig sykehus

Gjennom evalueringen fremkommer det at det blir viktig å holde fokus på de initiativene som er satt i gang i prosjektperioden også etter at denne perioden utløper, før man satser på nye områder. Dette gjelder blant annet fokus på god implementering av overgangsforløpene i planlagte avdelinger, og eventuelt flere divisjoner. Det gjelder også å sørge for god informasjon til ungdom slik at eksisterende tilbud benyttes. Det vil også være viktig å holde fokus på fortsatt god drift av ungdomsrådet, ettersom dette er forholdsvis nytt, og deres sammensetning og fokusområdet endrer seg. Blant annet er det også et tydelig funn at Ungdomsrådet i større grad bør gjøre seg kjent blant unge pasienter på Ahus, slik at de i fremtiden kan fungere som et råd som representerer ungdomspasientene ved helseforetaket. Hittil har arbeidet deres i stor grad vært fokusert på det arbeidet som er gjort i prosjektperioden, knyttet til opprettelse av ungdomsråd, utarbeidelsen av gode overgangsordninger og tilpasning av ungdomsvennlige arealer og informasjonsmateriell.

Eksterne aktører har pekt på følgende to områder som kan være aktuelle å arbeide videre med:

I større grad tilby gruppemøter hvor ungdom møter ungdom

Gjennom intervjuer med eksterne aktører kom det frem erfaringer med at lærings- og mestringstilbud (LMS) kan være en god måte å organisere helsetilbud til ungdom og unge voksne på. LMS tilbud har som mål å bidra til økt mestring av egen helse, og baserer seg på utveksling av erfaringer med andre i liknende situasjon. Tilbudene sidestiller fagkompetanse med erfaringskompetanse, og drar nytte av såkalte «erfarne brukere». Dette kan være aktuelle tilbud for ungdom, og vil blant annet kunne gi ungdom informasjon om egen diagnose og opplevelse av økt selvstendiggjøring gjennom erfaringsutveksling med andre pasienter.

Opprette ungdomskontakter på alle avdelinger

På Rigshospitalet i København har hver avdeling egne «ungdomsambassadører». Dette er sykepleiere som har spisskompetanse på å kommunisere med ungdom og ser deres spesielle behov. Ungdomskontaktene skal blant annet ha fokus på samhandling, og være oppmerksomme på å henvise til andre faggrupper, eller ta kontakt med riktig instans på kommunene.

Utover dette har vi i tillegg identifisert følgende områder som det bør vurderes å arbeide systematisk med fremover:

Fokus på kompetanseheving internt

Evalueringen tyder på at helsepersonell ved Ahus i liten grad har brukt e-læringsprogrammet om overganger som er utarbeidet som en del av prosjektet. Fremover mener vi at det bør vurderes hvordan helsepersonell skal få styrket sin kompetanse innen ungdomsmedisin, især utvikling av kommunikasjonsferdigheter. En mulig måte er å heve kompetansen hos enkelte fagpersoner i ulike avdelinger, som kan benyttes som kompetanseressurser av andre.

Forskning på deler av det arbeidet som er satt i gang

Den målsettingen som prosjektet i minst grad har oppnådd, er å stimulere til forskning. Fremover bør det vurderes hvilke deler av arbeidet innen ungdomsmedisin som egner seg til å forske på. For eksempel viser en nylig publisert kunnskapsgjennomgang at effektene av overgangsforløp for ungdom er lite dokumentert internasjonalt²². Forskerne fant kun fire studier av effektene av overgangsforløp, som samlet omfattet få deltakere og få diagnosegrupper.

²² Campbell, F., Biggs K., Aldiss SK., O'Neill PM., Clowes M., McDonagh, J., While, A. & Gibson, F., *Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services (review)*, Cochrane Database of Systematic Review 2016, issue 4.

Vedlegg

Litteraturliste

Følgende dokumenter har inngått i evalueringen:

Interne dokumenter

Avslagsbrev søknad kompetansetjeneste

Beskrivelse av oppstart ungdomsrådet

Endelig retningslinje for overgangsforløp ungdom

«Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?» Sluttrapport og leveranser

Kommunikasjonsplan 2015

«Kompetansepakke transisjon», sluttrapport

Mandat Prosjekt ungdomsmedisin

Mandat for Ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus

Plakat «TIMEOUT»

Sluttevaluering Pilot diabetes

Sluttrapport Pilot diabetes

Strategisk utviklingsplan Akershus universitetssykehus 2012-2016

Skriftlig materiell til transisjonsprogrammet

Sluttrapport Extrastiftelsen-prosjektet «Ungdomsrådet – av ungdom for ungdom»

Sluttrapport prosjekt «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?»

Sluttrapport Prosjekt implementering

Søknad nasjonal kompetansetjeneste

«Transisjonsprogrammet – veiledning til helsepersonell og ledere»

Ungdomsrommet Timeout – plakat

«Ungdomsrådet – av ungdom for ungdom». Sluttrapport og leveranser

Andre dokumenter

Helsetilbud til ungdom og unge voksne (2012) Helsedirektoratet

PAIDOS, Temanummer Ungdomsmedisin, 2015; 33 (4): 160 – 167

Ung helse 2020 (2012) Unge funksjonshemmede

Quality Criteria for young people friendly health services (1996) Department of Health, UK

Oversikt over interne presentasjoner

I tabellen nedenfor fremkommer en oversikt over presentasjoner som prosjektleder for Prosjekt ungdomsmedisin har holdt internt på Ahus i perioden juni 2012 frem til april 2016.

Tabell 1 Oversikt over interne presentasjoner

Dato	Tema
13.06.12	Strategiseminar BUK 2012
21.08.12	Sykehusledelsen
17.10.12	Fag Aften for Avdeling barn og ungdom (ABU)
24.10.12	Fag Aften for ABU
29.10.12	Brukerutvalget
14.01.13	Endokrinologisk poliklinikk, MD (implementering/ pilot diabetes)
30.01.13	ABUP ved representanter
11.03.13	Avdeling habilitering - personalmøte
13.03.13	Morgenmøte for legegruppen BUK
14.03.13	Morgenmøte for legegruppen BUK
29.05.13	Strategiseminar BUK 2013
05.11.13	Sykehusledelsen
18.11.13	Avdelingsmøte ABU
10.12.13	Poliklinikk for barn og ungdom
31.01.14	Fredagsmøtet Ahus (ukentlig faglig forum for hele sykehuset). Presentasjon av Pilot transisjon diabetes.
25.03.14	Morgenmøte for legegruppen BUK (prosjektet)
27.03.14	Morgenmøte for legegruppen BUK (piloten)
28.04.14	Avdeling habilitering – møte om transisjon
23.05.14	Strategiseminar BUK 2014
21.10.14	Ungdomsrådet møter sykehusledelsen
19.11.14	Implementeringssamling overgangsforløp – repr fra BUK og MD ved hjerte og fordøyelsessykdommer (ledere, leger, spl og sekretærer fra hver avd)
04.02.15	Implementeringssamling overgangsforløp – repr fra BUK og MD ved hjerte og fordøyelsessykdommer (ledere, leger, spl og sekretærer fra hver avd)
13.03.15	Avdeling stab og kontortjenester BUK
16.04.15	Fagdag ABU
23.04.15	Fagdag ABU
30.04.15	Fagdag ABU
29.05.15	Strategiseminar BUK 2015
02.06.15	Avdeling for hjertesykdommer (implementering overgangsforløp hjerte)
17.06.15	Avdeling for fordøyelsessykdommer (implementering overgangsforløp IBD)
13.08.15	Fagråd ungdomsmedisin BUK
03.09.15	Ungdomsrådet

18.09.15	Merkantilgruppen BUK
19.01.16	Poliklinikk for barn og ungdom – om opplæringspakken
08.03.16	Sykehusledelsen
11.03.16	Fredagsmøtet – tema transisjon
04.04.16	Avdelingsledelse Avdeling for onkologi (implementering overgangsforløp 2016)
06.04.16	Avdelingsledelse Avdeling for lungesykdommer (implementering overgangsforløp 2016)
22.04.16	Avdelingsledelse Avdeling for nyresykdommer (implementering overgangsforløp 2016)

Oversikt over eksterne presentasjoner

I tabellen nedenfor fremkommer en oversikt over alle eksterne presentasjoner som er holdt av prosjektleder, eller andre involvert i Prosjekt ungdomsmedisin, i løpet av prosjektperioden²³.

Tabell 2 Oversikt over eksterne presentasjoner

Dato	Tema
23.05.12	Unge funksjonshemmede (Oslo). Frokostseminar med lansering av «Visjon ung helse 2020»
20.09.12	Unge helse seminar, Norsk forening for unges helse – Ullevål sykehus
16.01.13	Norsk Barnelegeforening, Vårseminar 2013 Stavanger. Interessegruppen for ungdomsmedisin
26.02.13	St.Olav's hospital, Trondheim. Presentasjon for prosjektgruppe overgangsprogram ungdom
11.03.13	Erna Solberg – møte i ungdomsrommet med repr ungdomsråd, klinikkdirektør, sykehusdirektør, prosjektleder
24.04.13	Health Promoting Hospitals and healthservices (HPH). International conference – Göteborg. Muntlig presentasjon i parallellsesjon.
21.05.13	Unge funksjonshemmede. Erfaringskonferanse om ungdomshelse. Innlegg ved prosjektleder + Betty van Roy, og Ungdomsrådet
12.06.13	International Association for Adolescent Health (IAAH), Istanbul. Poster.
09.10.13	Dialogmøte om ungdomsmedisin Helsedirektoratet og BUK - Ahus.
10.09.13	Regionalt brukerutvalg Helse Sør-Øst, Hamar.
25.10.13	Besøk av ledelse Barneklubben Haukeland – Ahus. Presentasjon av prosjektet
29.10.13	Nettverk for legemidler til barn – nettverkssamling Solstrand hotell, Bergen.
30.10.13	Presentasjon på Haukeland sykehus
10.-11.02.14	NBFs spesialiseringkurs for ungdomsmedisin – Ahus.
28.02.14	Helsedirektoratet – fredagsmøte for hele Hdir.
04.04.14	BUP – dagene, Haugesund. Presentasjon i parallellsesjon

²³ Oversikten er utarbeidet per 19. mai 2016

07.05.14	Ungdomsrådet på Helsekonferansen 2014
14.05.14	Temadag ungdom – Ullevål sykehus
21.05.14	Faglig Forum habiliteringstjenesten barn og ungdom, Hamar
21.05.14	Temadag ungdom – Ullevål sykehus
22.08.14	Barnediabetesmøtet - Gardermoen
17.-18.11.14	Den 3. nasjonale ungdomshelsekonferanse - Lillestrøm
24.04.15	Universitetet i Oslo, seminar ungdomsmedisin for medisinerstudenter
12.05.15	Den internasjonale sykepleierdagen -Ahus
18.08.15	Arendalsuka – debatt om ungdomshelse - Arendal
28.10.15	Presentasjon for prosjektgruppe ungdomsmedisin Haukeland sh/ Helse Bergen
18.02.16	Toppmøte om ungdomshelse – Lillehammer (repr Ungdomsrådet)
12.05.16	Nasjonal ungdomshelsekonferanse, Forening for hjertesyke barn – Oslo

Disclaimer

Denne rapporten er utarbeidet for Akershus universitetssykehus HF i samsvar med signert kontrakt. Oppdragsansvarlig ved Akershus universitetssykehus HF har vært klinikkjef ved Barne- og ungdomsklinikken, Jan Petter Odden.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer og i dokumentasjon som Akershus universitetssykehus HF har gjort tilgjengelig for oss. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis.

Akershus universitetssykehus HF har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene i gjeldende kontrakt. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Akershus universitetssykehus HF eller andre som følge av at vår rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.