

2017:00418 - Åpen

# Rapport

## Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge

Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud

### Forfatter(e)

Line Melby

Marian Ådnanes, Jannike Kaasbøll, Frida Kasteng og Solveig Osborg Ose





# Rapport

## Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge

Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud

EMNEORD:  
Samhandling  
Helhetlig  
Brukerorientert  
Tiltak  
Barn og unge  
Psykisk helse

VERSJON  
1.0

DATO  
2017-09-22

**FORFATTER(E)**

Line Melby, Marian Ådnanes, Jannike Kaasbøll, Frida Kasteng og Solveig Osborg Ose

OPPDRA GSGIVER(E)  
Helsedirektoratet

OPPDRA GSGIVERS REF.  
Thor Hallgeir Johansen

PROSJEKTNR  
102014734

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:  
70

**SAMMENDRAG**


I evalueringen har vi undersøkt erfaringer med samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Tiltakene er støttet med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet og har som overordnet mål å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester på tvers av ulike sektorer og nivåer.

Data i studien er (i) en systematisk gjennomgang av søknader og rapporteringer for de 72 tiltakene som har fått støtte, (ii) dybdestudie av fem tiltak, som inkluderte fokusgruppeintervjuer med sentrale aktører og individuelle intervjuer med ni brukere (barn, unge og foresatte) i de samme tiltakene og (iii) kvantitative data fra IS-24/8.

I resultatdelen presenteres erfaringene fra de fem tiltakene. Tiltakene varierer i sin virkemiddelbruk, selv om målet overordnet sett er det samme. Tre av tiltakene er lavterskeltilbud der unge kan henvende seg uten henvisning, ett tiltak har etablering av "en dør inn" i kommunen som viktig virkemiddel og ett tiltak har utviklet et standardisert brukerforløp på tvers av kommune og BUP. Basert på erfaringene i tiltakene trekker vi fram suksesskriterier og barrierer for utvikling av tverrsektorielle tiltak for utsatte barn og unge. Evalueringen konkluderer med at kunnskapen om hva som hemmer og fremmer utviklingen av tiltak etter hvert er ganske stor, men at overgangen prosjekt – drift er en stor utfordring.

**UTARBEIDET AV**

Line Melby, seniorforsker

**KONTROLLERT AV**

Jorid Kalseth, seniorforsker

**GODKJENT AV**

Jon Harald Kaspersen, forskningssjef



RAPPORTNR  
2017:00418

ISBN  
978-82-14-06726-2

GRADERING  
Åpen

GRADERING DENNE SIDE  
Åpen

# Historikk

---

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1.0	2017-09-22	

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	5
Figurer og tabeller.....	6
<b>1 Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>13</b>
1.1 Offentlige føringer for helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge .....	13
1.2 Forskning på samarbeid om barn og unges psykiske helse .....	14
1.2.1 Nylige evalueringer av samhandlingstiltak .....	14
1.2.2 Faktorer som hemmer/ fremmer samarbeid mellom ulike tjenester.....	14
1.2.3 Fokus på brukererfaringer og mer brukermedvirkning .....	15
1.3 Målsettinger i evalueringen .....	16
<b>2 Metode .....</b>	<b>17</b>
2.1 Systematisk gjennomgang av søknader/rapporteringer .....	17
2.1.1 Fokusgruppeintervjuer med sentrale aktører som jobber i tiltaket.....	17
2.1.2 Brukerstudie med kvalitative intervjuer av et utvalg barn, unge og foresatte .....	18
2.1.3 Gjennomføring/prosedyre brukerintervju .....	18
2.1.4 Etske vurderinger av brukerintervjuene .....	18
2.2 Data fra IS-24/8.....	19
2.3 Analyse av datamaterialet .....	19
<b>Resultatdel.....</b>	<b>20</b>
<b>3 Samarbeid om barn og unges psykiske helse generelt .....</b>	<b>20</b>
3.1 Typer samarbeidsmodeller/rutiner .....	21
3.2 Beskrivelse av 72 tiltak som har fått tilskudd fra 2015.....	22
<b>4 Ansattes erfaringer i fem samhandlingstiltak.....</b>	<b>23</b>
4.1 Familiens hus og samhandlingsteam - Nøtterøy .....	23
4.1.1 Beskrivelse av tiltak .....	23
4.1.2 Ansattes erfaringer .....	25
4.2 Bekymringsfullt skolefravær – Trondheim.....	29
4.2.1 Beskrivelse av tiltak .....	29
4.2.2 Ansattes erfaringer .....	32
4.3 Lavterskelteamet raskere psykisk helsehjelp til barn og unge - Tromsø.....	35
4.3.1 Beskrivelse av tiltak .....	35
4.3.2 Ansattes erfaringer .....	37
<b>Oppsummering – Lavterskelteamet i Tromsø .....</b>	<b>44</b>
4.4 Ungdomshjelpa – Lier .....	45

4.4.1	Beskrivelse av tiltaket Ungdomshjelpa .....	45
4.4.2	Ansattes erfaringer .....	46
4.5	UngArena – Oslo .....	49
4.5.1	Beskrivelse av tiltak .....	49
4.5.2	Ansattes erfaringer med UngArena.....	51
<b>5</b>	<b>Ungdommenes og foresattes perspektiv.....</b>	<b>55</b>
5.1	Sammensatt hjelpebehov, tidligere erfaring og kontakt med samhandlingstiltakene .....	55
5.2	Hvordan opplever brukerne den hjelpen de får? .....	55
5.3	Lavterskeltilbud, raskere hjelp – noe annet enn tidligere erfaringer .....	55
5.4	"Måten vi blir møtt på" – mulighetsorienterte ansatte.....	56
5.5	Stor grad av brukermedvirkning og brukerorientering.....	57
5.6	Informasjon om tilbudet, og videre forløp .....	58
5.7	Hjelp til å koble på relevante hjelpetiltak.....	58
5.8	Forbedringspunkter .....	58
<b>6</b>	<b>Oppsummering og diskusjon .....</b>	<b>60</b>
6.1	Casestudier i fem tiltak .....	60
6.2	Suksesskriterier .....	60
6.2.1	Brukerinvolvering og brukerperspektiv .....	60
6.2.2	En dør inn.....	61
6.2.3	Definering av ansvar og roller.....	61
6.2.4	Utvikling av felles rutiner .....	62
6.2.5	Tverrfaglig sammensatte team.....	62
6.2.6	Kompetanse og kunnskapsbasert arbeid .....	62
6.2.7	Fokus på muligheter heller enn diagnoser og problemer .....	63
6.2.8	Balansere standardisering og skreddersøm .....	63
6.2.9	Forankring – og videre integrasjon i ordinært tjenestetilbud .....	63
6.2.10	Lavterskeltilbud .....	63
6.3	Barrierer .....	64
6.3.1	Inkludering av alle relevante samarbeidspartnere.....	64
6.3.2	Organisatorisk kompleksitet i kommunene.....	64
6.3.3	Implementering – holde engasjementet oppe.....	65
6.3.4	Manglende felles IT-/kommunikasjonssystemer.....	65
6.3.5	Vise effekt av prosjektet.....	65
6.3.6	Ressurser når prosjektperioden er over .....	65
6.4	Konklusjon.....	66
<b>7</b>	<b>Litteratur.....</b>	<b>67</b>

## Forord

I denne rapporten evalueres samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge, og som mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. Formålet med tilskuddsordningen er å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer.

Evalueringen går i dybden på fem tiltak som er rettet mot barn og unge med sammensatte behov og med på psykiske vansker. I forbindelse med datainnsamlingen har forskergruppen i SINTEF besøkt fem kommuner. Vi har utført fem fokusgruppeintervjuer med de ansatte i tiltakene; ett fokusgruppeintervju i hvert tiltak, og ni individuelle intervjuer med brukere; barn, unge og foreldre.

SINTEF har gjort evalueringen i samarbeid med flere forskere. Forskerne har hatt følgende roller i arbeidet: Seniorforsker Line Melby har gjort datainnsamling i tre av tiltakene, analysert fokusgruppeintervjuer med ansatte i fire tiltak, gjort de overordnede analysene og skrevet diskusjonskapittelet. Forsker Jannike Kaasbøll har hatt all kontakt med tiltakene i forbindelse med planlegging av datainnsamling, gjort datainnsamling i fire av tiltakene og analysert samtlige brukerintervju. Forsker Frida Kasteng har systematisert alle søknader og rapporter om alle de 72 tiltakene fra Fylkesmannen. Hun har også registrert informasjonen i Excel. Seniorforsker Solveig Osborg Ose har bidratt med data om samhandling i kommunene generelt og gitt informasjon om psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge i case-kommunene (fra IS24/8). Forskningsleder Marian Ådnanes har ledet prosjektet, gjort datainnsamling i to av tiltakene, analysert ett av tiltakene og skrevet innledningen til rapporten.

SINTEF takker for samarbeidet med Helsedirektoratet i prosjektperioden. Det rettes en stor takk til alle ansatte for deling av sine erfaringer i sine tiltak. En særlig takk rettes til brukerne som stilte opp og fortalte om sine erfaringer fra møtene med tjenesteapparatet.

Trondheim, 22. september 2017

Marian Ådnanes

prosjektleder





## Figurer og tabeller

Figur 1	I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)? N=375 (88 prosent)
Figur 2	Trondheim kommunes modell av standardisert forløp for barn/ungdom med bekymringsfullt skolefravær
Figur 3	St. Olavs hospitals modell av standardisert pasientforløp: Bekymringsfullt skolefravær og alvorlig funksjonstap hos barn og ungdom
Figur 4	Oversikt over lavterskelteamet i Tromsø
Tabell 1	Oversikt over fokusgruppeintervju med ansatte
Tabell 2	Oversikt over brukerintervju i evalueringen
Tabell 3	Beskrivelse av samarbeidsmodell/rutiner for samarbeid N=226



## Sammendrag

### Bakgrunn og mål

I 2015 opprettet Helsedirektoratet en tilskuddsordning med formål å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov. Totalt 72 tiltak har fått tilskudd. Hensikten med denne evalueringen har vært å få økt kunnskap om hvordan ulike samhandlingsmodeller rettet mot utsatte barn og unge fungerer. Mer konkret har målet vært å finne ut i hvilken grad et utvalg samhandlingstiltak oppnår målet om mer helhetlige og samtidige tjenester/tilbud fra ulike sektorer og nivåer rettet mot barn, unge og deres familier. Videre har det vært et mål å belyse hva som utgjør suksesskriterier og hva som er utfordringene i samhandlingstiltakene.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informert samtykke til frivillig deltakelse i undersøkelsen er blitt innhentet i tråd med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og med retningslinjer for inklusjon av barn i samfunnsvitenskapelig forskning

### Metode

Evalueringen er basert på data fra: a) systematisk gjennomgang av søknader/rapporteringer på samtlige tiltak, b) fokusgruppeintervjuer med sentrale aktører i utvalgte tiltak, c) brukerstudie med kvalitative intervjuer av barn, unge og foresatte i fem utvalgte tiltak og d) nasjonale data som viser kommunenes samhandling generelt når det gjelder psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge (fra IS24/8).

### Resultater

#### *Innhold i samhandlingstiltakene*

Gjennomgang av prosjektbeskrivelser og rapporter fra samhandlingstiltakene viser at de fleste handlet om samordnet rus og psykisk helsetilbud (14), tiltak som omhandler utsatte barn og unge/familier kombinert med psykisk helse (12) og tiltak som omhandler forebygging av fravær og frafall i skolen (10). Fire tiltak handler om bolig til bostedsløse, tre om etablering av Familiesenter/hus, tre om sammensatte hjelpebehov, to om bekymringsfull seksuell atferd, to om styrketjeneste i form av mer kompetanse, to om å styrke foreldre, to om å styrke utsatte grupper og to om samhandling mellom barnevern og BUP. De øvrige 16 tiltakene handler om oppsøkende ungdomsteam, å fremme selvhjelpenhet (fattigdom), samordne ulike tiltak, samarbeid mellom barnevern og NAV, samhandling om barnehagebarn, systemrettet arbeid, brukermedvirkning i barnevern, konfliktråd, selvhjelp blant levekårsutsatte familier, sikre livskvalitet blant barn i barnevernets omsorg, vold i nære relasjoner, kjærlighet og grenser, gravide, rus og spill og arbeidsaktivitet og pasientforløp.

#### *Casestudier i fem tiltak*

De fem samhandlingstiltakene som ble valgt ut som case, ble valgt i samråd med oppdragsgiver. Kriteriet for valg var at de favnet bredt, altså at de var rettet mot en generell målgruppe og involverte et stort spekter av tjenesteutøvere. Alle tiltakene har som mål i samsvar med tilskuddsordningens mål, nemlig å skape mer helhetlige tjenester for brukerne. Tiltakene er likevel svært forskjellige, og bruker ulike metoder/verktøy for å nå målet om mer helhetlige tjenester. I fokusgruppeintervjuene med ansatte i de fem casene var vi opptatt

av å få fram deres erfaringer med tiltaket som grunnlag for å analysere suksesskriterier og barrierer mot målet om et mer helhetlig tjenestetilbud. Tiltakene som ble valgt ut var:

- Familiens hus og samhandlingsteam i Nøtterøy kommune
- Når bekymringsfullt skolefravær blir alvorlig funksjonstap i Trondheim kommune
- Lavterskelteam i Tromsø kommune
- Ungdomshjelpa i Lier kommune
- UngArena i Bydel Gamle Oslo i Oslo kommune

Sammenfattet kan en si at tiltakene i Nøtterøy og i Trondheim kommuner likner hverandre ved at de begge opererer på systemnivå i kommunen. Virkemidlene i begge tiltakene for å nå målet om mer helhetlige tjenester er å innføre nye måter å jobbe på i kommunen, og innføre – eller forbedre – samhandlingsrutiner med BUP. I Nøtterøy kommunes tilfelle gjøres dette gjennom å jobbe etter BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats) og å implementere en samhandlingsrutine. I Trondheim kommunes tilfelle innfører man et standardisert forløp for barn og unge med bekymringsfullt skolefravær. Felles for begge disse tilnærmingene er fokus på å tydeliggjøre ansvar og klargjøre hvordan en skal handle (presisert gjennom handlingsplan og veiledere).

Tiltakene i Lier og i Oslo har også store likhetstrekk med hverandre. Begge tiltakene er lavterskeltilbud der ungdom kan stikke innom for en prat og for støtte når de har det vanskelig. Ved behov for mer omfattende hjelp må ungdommene få hjelp fra det ordinære tjenestetilbudet, noe flere også har før de kommer til lavterskeltilbudene. Men Ungdomshjelpa og UngArena kan bidra til å hjelpe ungdommene å navigere i tjenestene og på den måten skape bedre sammenheng i et ellers fragmentert tilbud. Begge tiltakene opererer hovedsakelig på individnivå. Lavterskelteamet i Tromsø ligger nær tiltakene i Lier og Oslo i utforming, men yter mer spesialiserte tjenester enn Ungdomshjelpen og UngArena ved å kople BUP direkte inn i tilbudet.

### ***Ungdommenes og foresattes perspektiver***

Felles for alle ungdommene og foresatte som ble intervjuet i denne evalueringen, var at det i hovedsak var ungdommenes psykiske vansker eller lidelser, og deres sammensatte hjelpebehov, som var utgangspunktet for at de var involvert i de ulike samhandlingstiltakene. Problemene hadde i de fleste tilfellene gått utover deltagelse eller gjennomføring av skole, og noen av ungdommene fortalte også om utfordringer knyttet til ensomhet og vanskelige familiesituasjoner, med blant annet psykisk sykdom i familien og dårlig økonomi. Ungdommene uttrykte at de stort sett var godt fornøyd med den hjelpen de har fått gjennom de ulike samhandlingstiltakene. Fellestrekk for hva ungdommene og foresatte synes fungerer bra med de samhandlingstiltakene gjelder: a) rask behandlingstid, lavterskeltilbud, b) måten de blir møtt på og et mulighetsorientert fokus, c) stor grad av brukermedvirkning og brukerorientering, og d) hjelp til å koble på relevante hjelpetiltak. I mindre grad kommer det fram negative aspekter knyttet til tilbudene som ungdommene har mottatt. Noen av ungdommene og de foresatte uttrykte imidlertid at de var misfornøyd med: a) lang ventetid hos spesialisthelsetjenestene og b) noe mangelfull informasjon om tilbudet og veien videre.

## **Suksesskriterier og barrierer**

Analysen av de fem casene tydeliggjør en rekke forhold som virker inn på hvordan tiltakene fungerer.

### **Suksesskriterier**

#### **Brukerinvolvering og brukerperspektiv**

En av de tydeligste suksessfaktorene som blir beskrevet av prosjektdeltakerne er vektleggingen av brukermedvirkning og brukerperspektiv i utforming av tilbudet. Det varierte noe mellom tiltakene hvor sterkt brukerperspektivet ivaretas. I lavterskeltilbudene i Lier og i Oslo er brukermedvirkningen svært tydelig, og hele tilbudet er bygget ut ifra hva brukerne ønsker. I Nøtterøy og i Tromsø er brukerperspektivet også svært viktig og blir ivaretatt blant annet gjennom bruken av KOR/FIT (klient- og resultatstyrt praksis/feedback-informed treatment). I Trondheim er den direkte brukerinvolveringen minst omfattende per i dag, men også her understreker man et ønske om sterkere brukerinvolvering, og brukere har vært involvert i prosjektet. Brukerne/ungdommene som ble intervjuet var stort sett fornøyd med hvordan de ble møtt av de ansatte, og de opplevde at de ble hørt. Dette gjaldt på tvers av tiltakene.

#### **En dør inn**

Et suksesskriterium på tvers av de fem tiltakene kan sies å være forsøket på å virkeliggjøre ideen om "en dør inn" i tjenesteapparatet. Nøtterøy har etablert Familiens hus som skal være inngangsporten til alle kommunens tjenester for barn og unge, Tromsø har etablert et fysisk sted der lavterskelteamet befinner seg. Det samme gjelder for Lier og Oslo; her er det også et fysisk lokale som ungdom kan komme til – og holde til i. Trondheim kommunes standardiserte pasientforløp er ikke i samme grad en "en dør inn", men det kan samtidig forstås som et verktøy som viser en tydelig vei gjennom tjenesteapparatet "etter at du har kommet inn gjennom døra."

#### **Ansvar og roller**

Alle tiltakene jobber i større eller mindre grad med å definere ansvar og roller i oppfølgingen av ungdommen/familien. I sterkeste grad ser vi dette i Nøtterøy og Trondheim der en har jobbet mye med å beskrive ansvar og påfølgende handling som skal utføres, enten det er gjennom BTI-modellen, skriftlige samhandlingsrutiner eller forløpsmodell. Internt i lavterskeltilbudene i Lier, Oslo og Tromsø ser det ut som en tydelig rollefordeling er mindre relevant. Generelt var det mindre snakk om ansvarsfordeling i disse tiltakene. Heller la man vekt på tverrfaglig arbeid, og på UngArena forsøkte man for eksempel heller å la ungdom møte en han/hun hadde god kjemi med enn å velge en ut ifra yrkesbakgrunn. Resultatene tyder derfor på at for tiltak på systemnivå er definering av ansvar og roller et suksesskriterium, mens det er mindre viktig i lavterskeltiltakene.

#### **Utvikling av felles rutiner**

Utvikling av felles rutiner henger nært sammen med definering av ansvar og roller, og kan betraktes som operasjonaliseringen av ansvars- og rolleavklaring. Rutineutvikling gjøres og oppfattes som viktig i størst grad i tiltakene på systemnivå. Dette er logisk siden kompleksiteten i en kommune, og samordning av en rekke tjenester på tvers av hele kommunen, samt mot spesialisthelsetjenesten, krever formalisering av arbeidsmåter i form av rutiner. For de mer avgrensede lavterskeltiltakene blir dette arbeidet mindre viktig. Her jobber ansatte side om side og kan i større grad gjøre løpende avklaringer.

### **Tverrfaglighet**

I lavterskeltiltakene i Tromsø, Lier og Oslo er teamene tverrfaglig sammensatt, noe ansatte vurderte som et suksesskriterium for et helhetlig tilbud. I Nøtterøy og i Trondheim er det gjort mindre endringer i bemanningen/sammensetningen av bemanningen som yter tjenestetilbudet, slik at tverrfaglighet får mindre betydning som et suksesskriterium i prosjektet. Men når det er sagt betyr det naturligvis ikke at de andre kommunene ikke gir tverrfaglige tilbud, da inngår tverrfaglig arbeid som ordinær drift i kommunen (ikke under prosjektets rammer).

### **Kunnskapsbasert arbeid**

Å ha god kunnskap om brukergruppen er viktig for å gi et tilpasset tjenestetilbud. Særlig på UngArena snakket informantene om betydningen av å jobbe kunnskapsbasert for å lykkes med tiltaket. Bruken av erfaringskonsulenter kan ses på som en del av implementeringen av brukerkunnskap. Funnene i evalueringen tyder på at deltakerne som er med i tiltakene er over gjennomsnittet engasjerte i temaet og har høy fagkompetanse. Det er gunstig i gjennomføringen av et pilotprosjekt. Det er imidlertid verdt å ha i mente at disse ansatte ikke er representative for alle tjenesteutøverne, og at det er viktig å jobbe med kompetanseheving av hele staben i en implementeringsfase.

### **Fokus på ressurser heller enn problemer**

Særlig intervjuene med brukere av tjenestene tyder på at det er et suksesskriterium å se muligheter og ressurser hos de unge, framfor å se problemer og diagnoser. Oppmerksomhet på mestring ut ifra den situasjonen brukeren er blir derfor viktig for å lykkes generelt med hjelpetiltakene. Anvendelse av recovery-perspektiv er et eksempel på en slik tilnærming.

### **Forankring – og videre integrasjon i ordinært tjenestetilbud**

I alle tiltakene var informantene opptatt av betydningen av god forankring av prosjektet hos kommuneledelsen, både politisk og administrativt, og dette var noe man jobbet aktivt med. Særlig i overgangen fra pilotprosjekt til fullskala implementering og ordinær drift er god forankring og prioritet i kommunen nødvendig.

### **Balansere standardisering og skreddersøm**

En god balanse mellom standardiserte former for hjelp og individuelt tilpassede tilbud kan ses på som et suksesskriterium. Innføringen av et standardisert forløp for ungdom med bekymringsfullt skolefravær i Trondheim er et eksempel på et forsøk på å organisere oppfølgingen av slike problemer på en ensartet måte på tvers av kommunen. Når det er sagt, er det naturligvis rom for å gjøre individuelle tilpasninger innenfor rammen av en standardisert organisering. I Nøtterøy la man særlig vekt på "skreddersøm" av tiltak til de unge. I det ligger det at hver ungdom skal få et tilbud tilpasset egne behov og ønsker.

### **Lavterskeltilbud**

Tre av tiltakene i evalueringen er lavterskeltilbud der ungdom kan henvende seg uten avtale. Informantene i de tre tiltakene omtaler denne organiseringen som et helt sentralt suksesskriterium for at ungdommene skal få rask helsehjelp. Lavterskeltilbud vil ikke være noen garanti for å oppnå målet om mer helhetlige og samtidige tjenester, men en slik organisering kan særlig bidra til å fylle et hull i tjenestetilbudet før ungdom

eventuelt blir henvist til et annet tilbud i kommunen/spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan en argumentere for at ved opprettelsen av en ny type tiltak (lavterskel) øker sannsynligheten for fragmentering av tjenestene ved å introdusere enda en enhet. Det blir derfor viktig at de nye tiltakene/lavterskeltilbudene klarer å jobbe godt integrert med de eksisterende tjenestene.

## **Barrierer**

### **Inkludering av alle relevante samarbeidspartnere**

En rekke samarbeidspartnere er involvert i de tiltakene vi har studert. Hovedsakelig foregår samarbeidet mellom en kommunalt organisert enhet (f.eks. et lavterskelteam) og en eller flere BUP-er, men mange andre aktører er også delaktige. Likevel er det noen aktører som bør integreres bedre i samarbeidet. Det varierer mellom tiltakene hvilke samarbeidspartnere man ønsker å jobbe tettere med. Blant annet framheves videregående skole som ikke ligger i egen kommune, NAV og barnevern.

### **Organisatorisk kompleksitet i kommunene**

Kommunenes interne kompleksitet var et forhold som ble betegnet som utfordrende. Dette kan skape samarbeidsutfordringer, og henger sammen med at det kan være geografiske, - organisatoriske- og strukturelle distanser mellom delene av organisasjonene. Særlig gjelder dette i større kommuner. I Trondheim har for eksempel de forskjellige bydelene organisert seg på noe ulike måter, og av særlig betydning var det at barne- og familietjenesten (BFT) var ulikt organisert. Dette skapte visse utfordringer for samarbeidspartnerne til BFT, særlig skolene, når de skulle jobbe sammen med BFT-er i forskjellige bydeler. Det standardiserte forløpet i seg selv reduserer ikke kompleksiteten i kommunen, men viser samtidig vei gjennom jungelen av aktører som skal koples på, og blir dermed et verktøy for å bøte på organisatorisk kompleksitet.

### **Implementering – holde engasjementet oppe**

En del av informantene trakk fram at samhandlingstiltakene er krevende tiltak som fordrer en kontinuerlig motivering og informering om dem til resten av de kommunalt ansatte som jobber med barn og unge. Dette gjelder særlig for tiltakene som opererer på systemnivå i kommunen (Nøtterøy og Trondheim), og skal innføre tiltak som mange ansatte må forholde seg til. Da konkurrerer interessen for prosjektet med en rekke andre pågående tiltak og initiativer, og prosjektledelsen må jobbe med å holde engasjementet oppe hos medarbeiderne. Denne utfordringen var lite tydelig i lavterskeltiltakene. Utfordringen/barrieren kan også ses i sammenheng med behovet for god forankring i kommunen. God forankring vil kunne bidra til et større engasjement i kommunen.

### **Manglende felles IKT-systemer**

Noen informanter framhevet at manglende IT-/kommunikasjonssystemer slik at man kan dokumentere og utveksle skriftlig informasjon på tvers av tjenestene på en enkel måte er en barriere for god samhandling. I Nøtterøy har kommunen tatt i bruk det elektroniske verktøyet Stafettloggen som gir oversikt over brukernes tiltak og hvem som har hovedansvar for brukeren (stafettholder). I Lier hadde man også kjøpt inn systemet, og ansatte hadde fått opplæring, men informantene hadde ikke tatt det i bruk ennå. Det var et ønske i flere av

tiltakene at man burde ha en form for digitalt verktøy slik at man kunne lese seg opp på sakene på tvers av enheter.

### **Vise effekt av prosjektet**

En annen faktor som er utfordrende er å klare å vise effekter av prosjektet. Særlig relevant blir dette når en skal forsøke å få prosjektet over i ordinær drift etter prosjektperioden. Det var enighet om at det er vanskelig å vise til "harde effekter" når det gjelder tiltak som har en forebyggende karakter, og det er i alle fall vanskelig å vise effekt etter kort tid. I noen av tiltakene påpekte man at den viktigste effekten er at de unge er fornøyde med tiltaket, og at argumentasjonen for videre drift må knyttes til de unges positive opplevelse av tiltaket.

### **Ressurser når prosjektperioden er over**

I forlengelsen av punktet over, er det en barriere for videreføring av tiltakene at finansieringen deres er prosjektbasert. Det framkommer i intervjuene at tiltakene er helt avhengige av tilskuddsmidler for i det hele tatt å komme i gang. For å sikre overgang til videre drift må tiltakene blant annet jobbe politisk for å bli prioritert i kommunebudsjettet. Dette så vi for eksempel at Nøtterøy-prosjektet hadde jobbet godt med. Også i UngArena-prosjektet jobbet man tett med bydel Gamle Oslo for å sikre videre drift.

### **Konklusjon**

Det eksisterer etter hvert mye kunnskap om suksessfaktorer og barrierer for tverrsektorielle tiltak rettet mot utsatte barn og unge. Flere liknende studier har pekt på mange av de samme faktorene som vi har framhevet i denne rapporten. Dette økende kunnskapsgrunnlaget bør benyttes ved utforming av framtidige tiltak som har til hensikt å skape mer sammenhengende og helhetlige tjenester for utsatte barn og unge. Gitt at kunnskap om suksessfaktorer og barrierer er økende, vil trolig den neste store utfordringen blir hvordan man skal sikre overgangene fra prosjekt til innlemming i ordinær drift i kommunen. I dag får mange tiltak prosjektmidler fra myndighetene, noe som er viktig for å klare og rette oppmerksomhet mot – og sette i gang aktivitet på – et område. Når prosjektperioden er over begynner imidlertid "kampen" om kommunale budsjettmidler og forhandlinger mellom aktørene om hvem som skal ha ansvar og hvem som skal finansiere den videre driften av tiltaket. I tillegg vet vi at effektene av tiltakene er vanskelig å påvise på kort sikt, siden mange har en forebyggende karakter. Det kan gjøre det ytterligere vanskelig å argumentere for at prosjektet skal prioriteres over kommunebudsjettet. Hvordan kan en så angripe den problematikken? For det første er det sentralt å holde oppmerksomheten på temaet utsatte barn og unge. For det andre vil en vellykket prosjektgjennomføring mest trolig øke sjansen for at aktørene ønsker å videreføre de tverrsektorielle samarbeidskonstellasjonene. Og for det tredje er det en mulighet at myndighetene går inn med mer langsiktige tilskudd til prosjekter som fyller udekkete behov, for eksempel lavterskeltiltak. Slike tiltak ser vi at de unge selv vurderer som svært positive.



# 1 Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag

Helsedirektoratet opprettet en tilskuddsordning i 2015 som har som formål å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer (Prop. 1. 2015-2016, Kapittel 765 post 60). Totalt 72 tiltak har fått tilskudd til samhandlingsmodeller rettet mot utsatte barn og unge. Ordningen skal bidra til utvikling av helhetlige og samtidige tilbud til målgruppen. Både kommuner og helseforetak kan søke om midler, men det er flest kommuner som er søkere.

I evalueringen vil vi analysere et utvalg på fem samhandlingstiltak som har fått tilskudd fra ordningen. Hovedmålet med evalueringen er å finne ut i hvilken grad disse tiltakene oppnår målet om mer helhetlige tjenestetilbud, og hva som utgjør suksesskriterier og utfordringer i samhandlingstiltakene.

I valg av tiltak for nærmere analyse var Helsedirektoratet opptatt av å velge blant de som favnet bredt, med en bred målgruppe og som involverte mange tjenesteutøvere. En god del av de 72 tiltakene er rettet mot relativt avgrensede målgrupper, noe vi vil illustrere nærmere før vi går inn på de enkelte utvalgte tiltakene i resultatkapitlet.

## 1.1 Offentlige føringer for helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud gjentas i en rekke stortingsmeldinger, utredninger og andre sentrale dokumenter som angår tjenester til barn og unge. Samhandlingsmeldinga [1] påpeker at atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvsykdom i tillegg til rusdebut hos unge er tett forbundet med hverandre, og derav behovet for hjelp fra, og godt samarbeid mellom, flere tjenester og sektorer. Det er sentralt i samhandlingsreformen å "finne fram til systemtiltak som har forankring i, og rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser."» (ibid, kap. 5.1).

Flatø-utvalgets utredning vurderer mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester [2]. Utvalget foreslo at barnevern, helsetjenester og sosiale tjenester jobber mer samlet, slik at brukerne av tilbudene i større grad opplever at det er "en dør inn" når de trenger hjelp fra flere tjenester. Helsetilsynet underbygger Flatø-utvalgets beskrivelser av et fragmentert tjenesteapparat i sin høringsuttalelse til NOU-en, og peker på at dette kan resultere i at særlig de med langvarige, sammensatte og store behov for tjenester ikke får et tilstrekkelig tilbud. BLD og HOD har vært pådrivere for styrket samarbeid på regionalt nivå, og det har blitt inngått samarbeidsavtaler i samtlige regioner. Avtalene skal blant annet sikre et systematisk godt samarbeid mellom partene, og at barn og unge og deres familier "får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene". Individuell plan (IP) nevnes i denne sammenheng fordi det er et lovpålagt verktøy for samhandling når det dreier seg om pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det skal alltid gjøres en vurdering av om det er behov for IP. Når brukeren får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er dette kommunens ansvar å sette i gang og å koordinere. Når det er helseforetaket som følger opp pasienten skal de varsle kommunen når de ser behov for en IP som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Da skal helseforetaket også medvirke i kommunens arbeid med IP [3].

I prioriterte politiske målsettinger legges vekt på at den kvalitative styrkingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov og at barn og ungdom skal få økt deltagelse og større innflytelse [4]. Gode og effektive brukerforløp må utvikles i tråd med behov og krav til brukerne, og brukernes rett til

medvirkning og informasjon som er framhevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (§§ 3-1,3-2,3-6), og som tjenestene er forpliktet til å følge<sup>1</sup>. Brukermidvirkning handler om å sikre brukeren mulighet til selv å medvirke og ta beslutninger i forhold som angår han eller henne.

## 1.2 Forskning på samarbeid om barn og unges psykiske helse

Det er gjort en del forskning og evaluering knyttet til samarbeid og koordinering mellom ulike tjenester for å oppnå et mer helhetlig tilbud til barn og unge og familier. Vi skal i det følgende se litt nærmere på denne forskningen nasjonalt og internasjonalt.

### 1.2.1 Nylige evalueringer av samhandlingstiltak

Blant tiltakene som støttes med tilskudd fra Helsedirektoratet har SINTEF tidligere evaluert *tverretattlig samarbeid om felles akuttjeneste i Kristiansand*, med samarbeid mellom barnevernet i kommunen, Bufetat og BUP ved Sørlandet sykehus. Målet var et mer helhetlig og sammenhengende tilbud til barn/unge og deres familier i akutt krise og behov for barnevern og/eller psykisk helsevern. Evalueringen viste at man gjennom en rekke organisatoriske, administrative og faglige tiltak (primært felles fagdager) i stor grad lyktes med å skape en samarbeidsplattform som fremmet bedre koordinering mellom tjenestene i akutte krisesituasjoner [5]. Både ungdommer og foreldre var jevnt over godt fornøyd med hjelpen de fikk. Akuttprosjektets utfordringer var særlig knyttet til målet om koordinert oppfølging av samarbeidssaker *etter* selve akuttfasen (ibid.).

Et annet tiltak under tilskuddsordningen, det såkalte *Mission Possible*, er evaluert av IRIS og NTNU. Tiltaket har en annen og mye mer omfattende målgruppe og målsetting; at alle 18-åringer i kommunen skal være i arbeid eller i videre skoleløp. I likhet med Kristiansand har man utviklet samhandlingsmodeller som, ifølge evalueringen, sikrer nødvendig samhandling og involverer aktører fra ulike nivå og organisasjoner, fag og sektorer [6]. Dette muliggjør en helhetlig innsats mot såkalt utenforskap. Evalueringen konstaterer at tiltaket har ført til felles målforståelse, felles visjoner og felles rutiner og at mange av barrierene mot samarbeid er bygd ned (ibid.).

Møreforskning har på oppdrag fra KS undersøkt FoU-prosjektet *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. I evalueringen har de vurdert hva som er typisk for kommuner som gir gode og effektive tjenester for barn og unge [7]. De konkluderer at toppledelsens syn på samhandling og kompetanse i tjenestene er de faktorene som flest mener fremmer en god samhandlingskultur, noe som innebærer at ledelsen må tilrettelegge for utvikling av en felles retning for samarbeidet og overgripende mål må konkretiseres og tilpasses i den enkelte tjeneste. Derimot fant de at formelle samarbeidsavtaler mellom tjenestene har mindre betydning.

### 1.2.2 Faktorer som hemmer/ fremmer samarbeid mellom ulike tjenester

Til tross for et sterkt fokus på problemet med fragmenterte tjenester tar det tid å få til effektive og tydelige forbedringer innenfor samarbeid og samordning. Generelt er ulike juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige strukturer hos ulike tjenesteleverandører en utfordring, og kan ofte utgjøre en hindring når en sak krever rask og effektiv intervensjon [8, 9].

---

<sup>1</sup> Fokuset på å framheve barns og unges perspektiv er et av de fire grunnprinsippene i FNs konvensjon om barns rettigheter, spesifisert i paragraf 12 om barns rett til å bli hørt. I følge norsk lov (jf. barneloven) skal barn høres i saker som angår dem selv fra de er sju år, og når barnet er fylt 12 år skal det legges vekt på hva barnet har å si.

I en gjennomgang av internasjonal litteratur om faktorer som hemmer og fremmer samarbeid [9] oppsummerte vi at det i hovedsak var *organisatoriske forhold* og folks *kunnskap og kompetanse* i tjenestene som hadde betydning. Når det gjaldt organisatoriske faktorer dreide dette seg om for få møteplasser, der gjerne geografisk avstand var et hinder. Videre om strukturelle forhold som manglende rutiner, uklar ansvars- og oppgavefordeling og uklare roller. Bestemmelsen om taushetsplikt var et hinder, samt manglende ressurser, ulike målformuleringer og domenekonflikter/profesjonsinteresser. Når det gjaldt viktigheten av kunnskap og kompetanse, dreide dette seg om uvitenhet hos den enkelte yrkesgruppe om andre tjenester og lovverk, for liten samarbeidskompetanse og mangelfull informasjonsutveksling. Mye tyder på at disse faktorene er universelle. Vi fant mange av de samme faktorene i en nasjonal evaluering av samordningstiltak der det ble gjort en analyse av hva som fremmer samarbeid mellom tjenester til barn og unge både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten [10]. Denne evalueringen viste også at informanter fra kommunene la mye vekt på viktigheten av "ildsjelene" for å få til god samordning. Desto viktigere var det at den tverrfaglige samordningen er organisatorisk forankret, med sterk forpliktelse, også hos de ansatte. Samlokalisering var viktig, og videre er en tydelig ledelse og et klart mandat av betydning. Det hadde også betydning når det gjelder felles verktøy og metoder, og "felles kultur" ble understreket (ibid.).

### 1.2.3 Fokus på brukererfaringer og mer brukervedvirkning

Brukernes opplevelse av tjenestekvaliteten er sentral for å forstå hvordan tjenestesystemene fungerer og kan forbedres. I hvilken grad hjelpetjenestene greier å koordinere sin virksomhet og sørge for helhetlig tilbud kan være av avgjørende betydning for om barnet og familien får den hjelpen de har behov for. Til tross for at brukervedvirkning er en lovfestet rett for norske pasienter, og er sterkt vektlagt i helsepolitiske føringer, opplever eksempelvis unge voksne med psykiske vansker og lidelser, som mottar behandling i psykisk helsevern, at de ikke blir spurt eller lyttet til i den grad de ønsker [11, 12].

Studier viser at viktigheten av helhet og kontinuitet i oppfølgingen har positive effekter på brukernes livskvalitet, evne til å fungere i samfunnet og tilfredshet med tjenestene [13, 14]. Sentrale faktorer for brukeren er å ha god tilgjengelighet ved behov for hjelp, en god relasjon mellom bruker og behandler, og det å slippe å gjenta sin historie [15, 16]. Det at brukerne selv må fungere som en "formidlingsentral" mellom ulike fagpersoner og instanser, der de stadig må presentere seg og sitt problem i møtet med nye aktører og instanser, gir også misnøye og mistillit til tjenesteapparatet [8]. En studie vi har gjort der vi fulgte en gruppe unge voksne med psykiske lidelser i ett år viste at typiske årsaker til *brudd* i kontinuitet, sett ut fra brukers erfaringer i tjenestene, var lang ventetid på behandling, mangel på integrering mellom ulike hjelpetjenester, mangel på framgang i pågående behandling, og mangelfull bruk av individuell plan [11].

Det er også et problem at barn og unge ikke får hjelp tidlig nok til å forebygge mer alvorlige problemer. Det kan være flere årsaker til at ungdom som trenger hjelp ikke mottar hjelp. Ungdom generelt har lavt kunnskapsnivå om psykisk helse og tilgjengelige tjenester, og de kan oppleve stigma ved å søke hjelp (Gulliver et al., 2010). Videre kan ungdommer vegre seg mot å søke hjelp på grunn av økt behov for privatliv og selvstendighet samt en skjør identitet (Cauce et al., 2002). Når unge mennesker søker hjelp, henvender de seg gjerne til familie og venner (Gulliver et al., 2010; Wilson et al., 2007).

Flere norske kommuner er også i gang med å utvikle sitt psykiske helsearbeid i retning av mer recovery-orienterte tilbud<sup>2</sup>, som fremmer selvbestemmelse og selvstyring. Viktige personlige elementer i bedringsprosessen har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. Videre viser forskning at samarbeid med tjenestebrukere i utviklingsprosesser innen helsevesenet i økende grad har blitt en ønsket tilnærming for å oppnå bedre resultater (Ness, 2014) og at brukermedvirkning er assosiert med høy grad av brukertilfredshet (Gammon et al., 2017).

### 1.3 Målsettinger i evalueringen

Det er behov for økt kunnskap om hvordan samhandlingsmodeller rettet mot barn og unge fungerer. I evalueringen har vi analysert et utvalg trukket blant i alt 72 pågående samhandlingstiltak (finansiert under Kap. 0765 post 60). Hovedmålet med evalueringen har vært å finne ut i hvilken grad disse tiltakene oppnår målet om mer helhetlige og samtidige tjenester/tilbud fra ulike sektorer og nivåer, rettet mot barn, unge og deres familier. Evalueringen har belyst hva som utgjør suksesskriterier og hva som er utfordringene i samhandlingstiltaket.

De ansattes erfaringer i tiltakene, samt barn/unges/foresattes erfaringer og opplevde nytte med tiltakene har ligget til grunn i evalueringen. Vi har rettet oppmerksomheten mot i hvilken grad tiltakene ivaretar og praktiserer ansvaret for brukernes involvering. Fokus på brukernes perspektiver kan bidra til utvidet og nyansert kunnskap om hvordan tilbudene fungerer. Ivaretagelse av brukernes medvirkning vil være et viktig suksesskriterium for et mer helhetlig tjenestetilbud, og utgjør et helt sentralt fokus i evalueringen.

---

<sup>2</sup> Det finnes flere definisjoner på recovery, men den mest kjente er: "Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv." (Anthony, 1993, oversatt av Solfrid Vatne)

## 2 Metode

Evalueringen består av datainnhenting og analyse basert på systematisk gjennomgang av søknader/rapporteringer på samtlige tiltak, fokusgruppeintervjuer med sentrale aktører i utvalgte tiltak, brukerstudie med kvalitative intervjuer av barn, unge og foresatte i utvalgte tiltak og data fra IS24/8 som viser kommunenes samhandling generelt når det gjelder psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge.

### 2.1 Systematisk gjennomgang av søknader/rapporteringer

Evalueringen startet med en systematisk gjennomgang av søknader/rapporteringer fra tiltakene. Gjennomgangen hadde to hensikter: a) utvelgelse av tiltak og b) analyse av systematiske sammenhenger mellom tiltakets modellinnretning på den ene siden og måloppnåelse på den andre.

Når det gjelder utvelgelse av tiltak ble dette gjort i dialog med Helsedirektoratet. Fem tiltak ble valgt ut, basert på at de ikke var rettet mot en helt spesifikk målgruppe, for eksempel utelukkende psykiske vansker, men i større grad var rettet mot ulike typer problematikk. Det var med andre ord ikke et mål at de utvalgte tiltakene skulle være representative for de 72 tiltakene ettersom disse favnet svært vidt når det gjaldt mål, målgruppe, innhold og tjenester involvert.

#### 2.1.1 Fokusgruppeintervjuer med sentrale aktører som jobber i tiltaket

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju i hvert av de fem utvalgte tiltakene, der det deltok representanter fra de ulike tjenestene som samhandlingstiltaket omfattet.

**Tabell 1 Oversikt over fokusgruppeintervju med ansatte**

Tiltak	Dato	Fokusgruppeintervju (ansatte)	Brukerintervju	SINTEF	Antall
<b>Nøtterøy</b>	27.03.17	5 stk. (alle kvinner): 1 tverrfaglig koordinator/BTI leder, 1 fra Akutt barnevern, 1 helsesøster, 1 koordinator Familiens hus, 1 fra BFT	Jente 17 år (telefon)	LM, JK	6
<b>Trondheim</b>	03.04.17	7 (8) stk. (1 mann, resten kvinner): 2 fra skole, 1(2) fra BUP, 4 fra de ulike bydelene (BFT)	Foresatt (mor) til jente 13 år	LM, JK	8(9)
<b>Tromsø</b>	05.04.17	2 stk. (2 kvinner): 1 fra BUP (spes.ped) og 1 helsesøster (skole) Frafall: Rektor (mann) på skole, saksbehandler i barnevernet	Jente 18 år	MÅ, JK	3
<b>Lier</b>	06.04.17	8 stk. (7 kvinner og 1 mann)	Gutt 22 år Mor til jente 18 år	MÅ, JK	10
<b>Oslo</b>	18.04.17	9 stk. (2 erfaringskonsulenter og 1 psykolog på Ung Arena, person fra NAV, Frivillig fra Mental Helse Ungdom, helsesøster, leder i det lokale utviklingssenteret, ekstra fagperson (jobber en dag i uka)	Gutt 21 år Gutt 25 år Gutt 21 år Jente 20 år	LM	13
<b>Tilknyttet Ung Arena Oslo</b>	26.4.17	<b>Individuelle intervjuer per telefon:</b> Klinikkjef ved Nic Waals Institutt (barnepsykolog)		LM	1
	27.4.17	Barnevernskonsulent Gamle Oslo (undersøkelsesenheten) (har hatt kontakt ift. 5 ungdommer – en omfattende sak, 4 kun "henvist" til UA)		LM	1

## 2.1.2 Brukerstudie med kvalitative intervjuer av et utvalg barn, unge og foresatte

Det ble gjort kvalitative, individuelle intervjuer blant brukerne, en egnet metode til å få tak i folks erfaringer, og den meningen og de refleksjonene de knytter til disse [17]. Intervjuene var semistrukturerte, de ble tatt opp på bånd og transkribert for analyse etter prinsipper for kvalitative metoder. Brukerne ble rekruttert av ansatte i tiltaket. Totalt ni brukere ble intervjuet (jf. tabell 2). Dette var syv ungdommer i alderen 17 til 25 år, hvorav tre jenter og fire gutter. Videre var to mødre intervjuet, med døtre på henholdsvis 13 og 18 år. Døtrene hadde relativt nylig vært involvert i tiltakene.

**Tabell 2 Oversikt over brukerintervju i evalueringen**

Tiltak	Brukere	Varighet		Frafall <sup>c</sup>	Intervjuere
1	Jente, 17 år	15 min.		En ungdom	LM, JK <sup>b</sup>
2	Forelder (mor) til jente 13 år	1 t 17 min.		En ungdom og en foresatt	JK
3	Jente, 18 år	42 min.		To ungdommer	MÅ, JK
4	Forelder (mor) til jente 18 år Gutt, 22 år	20 min. 24 min.		To ungdommer	MÅ JK
5	Gutt, 21 år Gutt, 21 år Gutt, 25 år Jente, 20 år	14 min. 20 min. 20 min. 13 min.		Ingen	LM LM LM LM

<sup>a</sup> LM = Line Melby, JK = Jannike Kaasbøll, MÅ = Marian Ådnanes. <sup>b</sup> Telefonintervju. <sup>c</sup> Ikke møtt til avtalt intervju

## 2.1.3 Gjennomføring/prosedyre brukerintervju

Informantene ble rekruttert via kontaktpersoner i de ulike foretakene. Temaliste, informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt på e-post til kontaktpersonene to til tre uker i forkant av avtalt datoinnsamling. Kontaktpersonene viderefremidlet informasjonen til informantene. For å sikre anonymitet og personvern ble signerte samtykkeskjema oppbevart hos kontaktpersoner i tiltakene i etterkant av gjennomført intervju.

Samtlige brukerintervju ble gjennomført av en eller to forskere. Intervjuene fant sted i kommunenes lokaler. I det ene intervjuet som ble foretatt via telefon var også ungdommen tilstede i kommunens lokaler da telefonintervjuet ble gjennomført. Intervjuene med brukerne hadde en varighet på gjennomsnittlig 30 minutter . Det ble gjort lydopptak av intervjuene, deretter ble de transkribert. Intervjuene som ble gjennomført var semi-strukturerte og hovedfokus var å belyse barn og unges egne erfaringer, opplevelse og nytte av tiltaket/tilbudet. Følgende spørsmål dannet utgangspunkt for intervjuene; Er tilbudet i tråd med brukernes behov? Hvordan opplever barna og ungdommene den hjelpen de får? Hvordan opplever foresatte at barna får hjelp? Hva mener brukerne fungerer bra og mindre bra? I hvilken grad føler brukerne seg hørt? Opplever brukerne at de får god nok informasjon om tilbudet og videre forløp? Hva oppleves eventuelt som spesielt positivt/negativt?

## 2.1.4 Etske vurderinger av brukerintervjuene

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Når det gjelder personer under 16 år må det innhentes informert samtykke fra den ene eller begge foreldrene (den/de

som har foreldreansvar). Prosjektets etiske vurderinger knytter seg særlig til gjennomføring av intervjuer med brukere, og spesielt barn og unge. Prosjektet har fulgt barndomssosiologiske faglige anbefalinger for forskning med barn i tråd med Morrow and Richards [18]. De vektlegger særlig fokus på at barn har en annen kompetanse enn voksne og at de ikke er myndige. Dette har implikasjoner for hvordan man informerer om prosjektet og hvordan man ber om samtykke. Det understrekes også at forsker som tolker og behandler data må være bevisst sin egen maktposisjon og de voksnes definisjonsmakt.

Det er en tommelfingerregel i all forskning som involverer sårbare grupper at man bare skal bruke disse som informanter når den kunnskapen man søker ikke kan finnes andre steder [19]. Barn og unge er en gruppe der særskilte sårbarhetsbetraktninger er relevante. Temaet psykisk helse som var sentralt i tiltakene er potensielt følsomt. Samtidig er problemstillingene tilknyttet evalueringen av en art der det er viktig at disse informantene kommer direkte til orde.

Informert samtykke til frivillig deltakelse i undersøkelsen er blitt innhentet i tråd med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og med retningslinjer for inklusjon av barn i samfunnsvitenskapelig forskning [20].

## 2.2 Data fra IS-24/8

I tillegg til data fra selve tiltaket benyttet vi data fra kommunenes rapportering til IS24-8 for å beskrive den enkelte case-kommune når det gjelder tjenestetilbud og rapportering på en rekke sentrale parametre med tanke på kommunens tjenestetilbud vedrørende barn og unges psykiske helse.

## 2.3 Analyse av datamaterialet

Datagrunnlaget består av data fra søknader og rapporteringer på tiltakene, kvalitative intervjuer med sentrale aktører i tiltakene og med brukere (barn, unge og foresatte) og kvantitative data fra IS-24/8. Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomener, i dette tilfellet samhandlingstiltak, studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder [21].

Analysene av selve intervjudataene er gjennomført ved såkalt cross-case analyse. Det vil si at forskerne går gjennom intervjutranskripsjonene og identifiserer sentrale tema. Vi legger til grunn et fortolkende perspektiv i analysen. Temaene vil bli sammenliknet og drøftet ut ifra problemstillingene, og på tvers av de utvalgte casene (tiltakene). Analyse av intervjudata i kombinasjon med de øvrige datakildene i prosjektet samt eksisterende forskningslitteratur, vil gi kunnskap om hvordan organisering av samhandlingstiltakene medfører visse effekter og brukererfaringer.

## Resultatdel

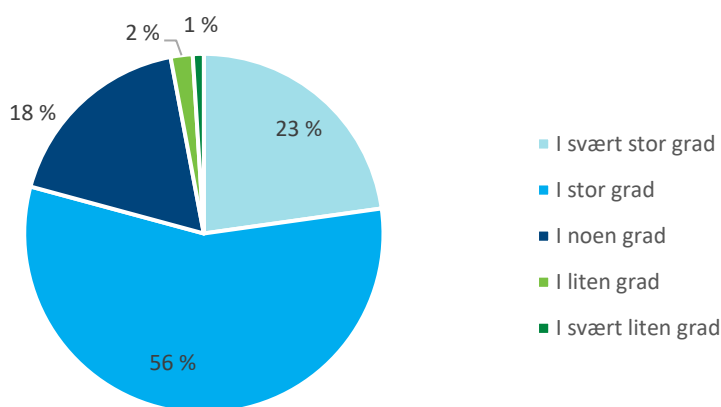
I resultatdelen gir vi først en oversikt over kommunenes samarbeid om barn og unges psykiske helse, slik det framkommer i kommunenes årlige rapportering til Helsedirektoratet (IS24/8). Dette gir et generelt inntrykk av hvordan bildet ser ut når det gjelder samarbeid, og hvordan dette varierer i store og små kommuner.

Videre gir vi en oversikt over innhold i de 72 samhandlingstiltakene som har fått tilskuddsmidler, før vi går over på beskrivelse og analyse av de fem tiltakene som er valgt ut.

### 3 Samarbeid om barn og unges psykiske helse generelt

Kommunenes samarbeid på tvers av nivåer og mellom tjenester innad i kommunen varierer mye. Dette viser SINTEFs årlige kartlegginger for Helsedirektoratet [22]. I noen kommuner er det et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten som tar seg av all behandling og oppfølging av barn og unge med mer alvorlige utfordringer, mens andre kommuner sier at arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er uklar, og at terskelen for å få behandling i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er for høy og ventetiden for lang.

Figuren under viser i hvilken grad det generelt i kommunene er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage).



**Figur 1 I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)? N=375 (88 prosent)**

De aller fleste kommuner svarer at de i svært stor grad, eller i stor grad, har etablerte rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Det er ingen systematikk i svarene etter kommunestørrelse, fylkestilhørighet eller HF-område.

Det er 126 kommuner/bydeler som har kommentert svaret sitt og det er stor spredning blant disse kommentarene. Noen oppgir at det er utfordrende å få til slike rutiner grunnet stort press innenfor PPT og barnevern, mens andre sier de har etablert faste samarbeidsrutiner som foreløpig ser ut til å fungere godt. Mange ser ut til å ha faste samarbeidsmøter, men ikke nødvendigvis skrevne rutiner for samarbeid.



### 3.1 Typer samarbeidsmodeller/rutiner

Det er naturlig nok stor variasjon i hvordan samarbeidet mellom tjenester til barn og unge er organisert og formalisert. Det er 226 kommuner (53 prosent) som har valgt å beskrive sin samarbeidsmodell eller rutiner for samarbeid. Mange kommuner har oppgitt flere metoder for samarbeid. Det vanligste er tverrfaglige møter eller samarbeidsmøter mellom ulike etater/tjenester (se tabell). Det er ulikt om det beskrives om dette er faste møter som foregår uavhengig av pågående saker, eller om dette er møter som holdes rundt enkeltindivid. Tabellen under viser kommunenes beskrivelse av egne modeller.

**Tabell 3 Beskrivelse av samarbeidsmodell/rutiner for samarbeid N=226.**

	Antall	Prosent
Tverrfaglige møter/samarbeidsmøter	87	38
Tverrfaglige/flerfaglige team/ressursgruppe/samordningsteam	75	33
Etablert rundt barnehage/skole	31	14
Familiens hus/familiesenter/familieteam	27	12
Ansvarsgruppe	22	10
Samlokalisering	19	8
Samarbeidsavtaler/rutiner	16	7
Faste møter KE/KT	14	6
Tverrfaglig forum/oppvekstforum	13	6
SLT	12	5
BTI	10	4

Mange kommuner har opprettet tverrfaglige eller flerfaglige team. I noen tilfeller kalles det ressursgrupper rundt brukeren på individnivå, mens det i andre tilfeller er team som er satt sammen av ledere i de ulike enhetene. Mange beskriver ulike ressursteam rundt skoler og barnehager, men det er ulikt om de arbeider på systemnivå med anonyme saker eller om de arbeider på individnivå rundt hver enkelt bruker. Samlokalisering i for eksempel Familiens hus, familiesenter eller familieteam er også en måte å organisere samarbeidet på, men det er ulikt hvem som inngår i samarbeidet.

De minste kommunene (med færre enn 2000 innbyggere) samarbeider ofte uten faste planer eller prosedyrer. Det er korte fysiske avstander og mange oppgir at det er lett å ta kontakt med andre instanser når det er små forhold. Det gjør at de har en del muntlig kommunikasjon, de har i mindre grad prosedyrer for alt. Store kommuner derimot kan ha et omfattende samarbeid på flere nivå. Basert på kommunenes rapportering kan disse oppsummeres på tre nivå:

**STRATEGISK NIVÅ:** Tverrsektoriell styringsgruppe: Vedtar, følger opp og beslutter målene, organiseringen og innsatsområdene. Medlemmer: Kommunaldirektør for utdanning (leder), kommunaldirektør for kultur, kommunaldirektør for helse og sosial, ass. kommunaldirektør for utdanning, avdelingssjef for fritid og ungdom og avdelingssjef for avdeling barn og familier.

**KOORDINERENDE NIVÅ:** Tverrsektorielt samarbeidsforum: Samordner tjenestene i kultur, utdanning og helse og sosial. Utfører enkeltoppdrag gitt av tverrsektoriell styringsgruppe. Medlemmer: Avdelingssjef for fritid og ungdom (leder), avdelingssjef for avdeling barn og familier, avdelingssjef for pedagogisk-

psykologisk avdeling, avdelingssjef for psykisk helse og rus, NAV-leder og representant fra forebyggende avsnitt i politiet.

**OPERATIVT NIVÅ:** Operative forum/arbeidsgrupper: Koordinerer og igangsetter arbeid med å løse spesifikke utfordringer/oppgaver. Medlemmer: Tverrsektorielle koordinatorene: En koordinator fra helse- og sosial som arbeider spesifikt med aldersgruppa null til seks år. En koordinator fra utdanning som arbeider spesifikt med aldersgruppa seks til 16 år og en koordinator fra kultur som arbeider spesifikt med aldersgruppa 16-24 år. I tillegg fungerer denne koordinatoren som SLT-koordinator (Samordning av lokale kriminalitets- og rusforebyggende tiltak). Representanter fra barnehage, skole og alle andre kommunale tjenester for barn og unge. De tverrsektorielle koordinatorene arbeider både på koordinerende og operativt nivå. Koordinatorene skal være pådrivere og sørge for at det er framdrift og utvikling i oppdragene. (Kommune med over 50 000 innbyggere).

### **3.2 Beskrivelse av 72 tiltak som har fått tilskudd fra 2015**

Vi har laget en oversikt basert på gjennomgang av prosjektbeskrivelser og rapporter fra alle tiltakene som viser hva tiltaket handler om. Oversikten viser flest samhandlingstiltak for mer samordnet rus og psykisk helsetilbud (14), tiltak som omhandler utsatte barn og unge/familier kombinert med psykisk helse (12) og tiltak som omhandler det å hindre fravær og frafall i skolen (10). Fire tiltak handler om bolig til bostedsløse, tre om etablering av Familiesenter/hus, tre om sammensatte hjelpebehov, to om bekymringsfull seksuell atferd, to om styrket tjeneste i form av mer kompetanse, to om å styrke foreldre, to om å styrke utsatte grupper og to om samhandling barnevern og BUP. De øvrige 16 tiltakene handler om oppsøkende ungdomsteam, fremme selvhjelpenhet (fattigdom), samordne ulike tiltak, samarbeid barnevern og NAV, samhandling om barnehagebarn, systemrettet arbeid, brukermedvirkning i barnevern, konfliktråd, selvhjelp blant levekårsutsatte familier, sikre livskvalitet blant barn i barnevernets omsorg, vold i nære relasjoner, kjærlighet og grenser, gravide, rus og spill og arbeidsaktivitet og pasientforløp.

## 4 Ansattes erfaringer i fem samhandlingstiltak

I samråd med oppdragsgiver valgte vi ut fem tiltak/prosjekter av de som har fått støtte. I valg av tiltak var Helsedirektoratet opptatt av at målgruppen skulle være barn og unge med sammensatte problemer, og ikke mer avgrensede og definerte målgrupper. Som vi har sett er mange av de 72 tiltakene rettet mot relativt avgrensede målgrupper. I fokusgruppeintervjuene med ansatte i de fem casene var vi opptatt av å få fram deres erfaringer med tiltaket som grunnlag for å analysere suksesskriterier og barrierer mot målet om et mer helhetlig tjenestetilbud.

Tiltakene som ble valgt ut var:

- Familiens hus og samhandlingsteam i Nøtterøy kommune
- Når bekymringsfullt skolefravær blir alvorlig funksjonstap i Trondheim kommune
- Lavterskelteam i Tromsø kommune
- Ungdomshjelpa i Lier kommune
- UngArena i Bydel Gamle Oslo i Oslo kommune

For alle tiltakene gir vi først en beskrivelse av tiltaket, tiltakets mål, hvilke tjenester som ytes, organisering, verktøy/metoder og hvordan brukervedvirkning ivaretas. Beskrivelsene er hovedsakelig basert på skriftlig materiale i form av søknader og rapporteringer fra kommunene til Helsedirektoratet. Deretter presenterer vi de ansattes synspunkter og erfaringer med tiltakene. I presentasjonen av disse har vi tatt utgangspunkt i hva som ble snakket om i intervjuene, slik at det kan variere noe mellom tiltakene når det gjelder vektlegging av ulike tema. Målet vårt er å få fram hva det er som prosjektdeltakerne opplever fungerer godt og hva det er som har vært særlig krevende når det gjelder å nå målet om helhetlige og sammenhengende tjenester for barn og unge med sammensatte hjelpebehov. Ifra dette kan vi utlede noen suksesskriterier og barrierer for vellykkete tiltak på tvers av de fem tiltakene. Disse vil bli tatt opp i diskusjonskapitlet.

### 4.1 Familiens hus og samhandlingsteam - Nøtterøy

#### 4.1.1 Beskrivelse av tiltak

Familiens hus<sup>3</sup> og samhandlingsteam (også kalt fagteam) er etablert for å styrke tilbudet til barn og unge (opp til 23 år) som har psykiske lidelser og eller/rusproblematikk og store sammensatte behov, samt de som lever med høy risiko for å utvikle psykososiale vansker og deres familier.

Målet med tiltaket er å sikre barn og unge en god oppvekst som kvalifiserer til et godt voksenliv med deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Målet skal nås gjennom å utvikle en modell for forpliktende samhandling mellom Nøtterøy kommune og BUPA Tønsberg, herunder hører det til etablering av Familiens hus og et samhandlingsteam. Sentralt i utvikling av modellen er:

- Vektlegging av tverrfaglige beslutningsprosesser og tiltak rundt brukere med behov for særlig ressurskrevende tjenester
- Sikre god logistikk og planlegging av behov for tjenester på begge nivåer gjennom kontinuerlig samarbeid, inkludert tilgjengelighet i akutsituasjoner
- Skape gode samarbeidsrelasjoner preget av likeverdig partnerskap og gjensidig respekt

---

<sup>3</sup> <https://www.notteroy.kommune.no/tjenester/barn-unge-og-familie/familiens-hus/> (lesedato: 5.5.17)

Virkemidlene innenfor tiltaket er i stor grad rettet inn mot tjenesteutøvernes arbeidsmetodikk og rutiner. Disse er i søknad og rapportering til Helsedirektoratet beskrevet på følgende måte:

- Utarbeide samhandlingsrutiner med BUPA i sammensatte saker og etablering av egen arbeidsgruppe.
- Implementering av KOR (klient- og resultatstyrt praksis) i tjenestene (verktøy og rutiner for brukerstyrte tjenester). Undervisning, utarbeidelse av veiledere, veiledningsgrupper, superbrukere og kurs
- Etablering av pilotprosjekt innsatsteam/samhandlingsteam for unge i alderen 16-23 år med rutiner og tiltak. Innsatsteamet har som målsetning å arbeide både forebyggende med tidlig intervensjon og bidra til et styrket tilbud og bedre oppfølging der det er mer sammensatt og alvorlig problematikk. Teamet skal være tverrfaglig sammensatt og bestå av fire personer
- Klinisk arbeid med sammensatte alvorlige saker i målgruppen for prosjektet

### Tjenester som ytes innen tiltaket

Når det oppstår bekymring for et barn/ungdoms psykiske helse eller en ser andre sammensatte bekymrings saker, kanaliseres henvendelsen fra tjenestene videre til innsatsteam/psykisk helseteam som befinner seg på Familiens hus. Rutiner for samhandling om pågående saker mellom Nøtterøy kommune og BUPA, Sykehuset i Vestfold er utarbeidet. Rutinen trådte i kraft 1.1.17.

### Organisering

Tiltaket har totalt 2,7 årsverk. Disse inkluderer prosjektleder og psykologspesialist i 40 prosent stilling, psykiatrisk sykepleier i innsatsteam/psykisk helseteam 16-23 år i 40 prosent, samt at helsesøster i kommunen bruker deler av sin stilling i prosjektet. I tillegg deltar psykiatrisk sykepleier fra Psykisk helse- og rustjenesten i 90 prosent stilling (finansiert av andre prosjektmidler). Kommunen eier prosjektet. BUPA Tønsberg deltar i prosjektgruppe. Når det gjelder utarbeidelse av samhandlingsrutiner mellom kommunen og Tønsberg sykehus, jobbes det videre med dette. Kommunen ønsker å utvide arbeidsgruppen til også å omfatte en brukerrepresentant, en fastlegerepresentant og en representant fra barnevernet.

### Verktøy/metoder i tiltaket

Prosjektet jobber ut ifra et helsefremmende perspektiv, og det er et ønske å bygge støttende miljøer rundt de unge. Sentrale perspektiver er forebyggende og helsefremmende perspektiver, mestringsperspektiv, brukerperspektiv, helhetsperspektiv og kunnskapsperspektiv. Prosjektet bruker KOR – eller FIT på originalspråket – som metodikk. I Nøtterøy bruker man altså betegnelsen FIT – Feedback-informed treatment – i stedet for KOR. FIT holder nå på å bli implementert rundt om i tjenestene. Da vi innhentet data var FIT innført i *deler* av tjenesten.

Kommunen holder også på å innføre en samarbeidsmodell som gjelder for alle som jobber med barn og unge i Nøtterøy og Tjøme kommuner, kalt BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats). Denne modellen innebærer en tydelig ansvarsfordeling, bedre involvering av barn/unge og foresatte og mer systematisk evaluering av tiltakene som iverksettes. For å jobbe etter BTI-modellen er det innført handlingsveiledere, verktøy og rutiner for ansatte i de ulike delene av tjenestene som jobber med barn og unge. Et verktøy er Stafettloggen. Dette er et digitalt verktøy for systematisering og ansvarliggjøring av tiltak rundt barn og unge.<sup>4</sup> Hensikten er

<sup>4</sup> <https://www.notteroy.kommune.no/tjenester/barn-unge-og-familie/familiens-hus/stafettloggen-bedre-tverrfaglig-innsats.143611.aspx> (lesedato: 4.5.17)

at alle som følger opp barnet/ungdommen skal ha oversikt over hvilke aktører som er involvert og hva slags tiltak som er iverksatt. Også foresatte kan bruke Stafettloggen.

### **Brukermedvirkning**

Både brukere og pårørende har vært delaktige i utformingen av prosjektet. Rådet for mennesker med nedsatt funksjonshemming (RMNF) har deltatt i prosessen med å utforme samhandlingsrutinene mellom kommunen og BUPA. Videre er KOR, som beskrevet, innført for å ivareta brukermedvirkning i tjenesteutøvelsen/tilbudet. Pårørenderepresentanter har deltatt på samhandlingsmøtene.

### **4.1.2 Ansattes erfaringer**

I Nøtterøy kommune gjorde vi et fokusgruppeintervju med fem kommunalt ansatte. Alle hadde god kjennskap til prosjektet, og noen hadde særlig ansvar for – og kjennskap til – særskilte deler av prosjektet. Informantene representerte både et mer rendyrket administrativt nivå og et utøvernivå. Generelt var inntrykket at informantene var fornøyd med prosjektets progresjon, men de var tydelig på at det tar tid å gjøre omstillinger i kommunens måte å arbeide på. De var også bevisst på at "veien blir litt til mens man går i en slik stor omstillingsordning" og at det gjenstår arbeid før alle tiltakene er fullstendig implementert.

Kort sagt handler prosjektet i Nøtterøy om fagutvikling i egen tjeneste gjennom å ta i bruk metoder og verktøy for å jobbe på nye måter. Prosjektet kan sies å inneholde tre hovedkomponenter. Det første er etableringen av Familiens hus i kommunen, inkludert bruken av BTI-modellen (Bedre tverrfaglig innsats). Det andre er utvikling av en samhandlingsrutine mellom Nøtterøy kommune og BUPA på Sykehuset i Vestfold. Det tredje er bruken av FIT. Hele prosjektet kan dermed forstås slik at Familiens hus er en overbygning for alle kommunens tjenester på området barn og unge, samhandlingsrutinen er et verktøy for å regulere samhandling med BUPA, og FIT er et verktøy som skal brukes i alle møter med tjenestemottakere. Arbeidet var i gang før prosjektet fikk tilskuddsmidler og handler altså ikke utelukkende om samhandling.

Bakgrunnen for prosjektet, slik informantene fortalte om det handlet om at man hadde sett at man ikke fikk til så godt samarbeid mellom tjenestene som man ønsket:

"Vi har jo sett det lenge, egentlig igjennom mange år, at vi strever litt med samhandling. Både internt i kommunen, mellom de ulike tjenestene, men også eksternt. Så da startet det med at vi kunne jobbe direkte mot en aktør som var BUPA. Det var ikke det at det var vanskelig eller veldig håpløst samarbeid, men vi så at vi ikke fikk til samhandling. Og vi så inn i enkeltsaker, for å se hva det var som skjer når de kommer i den posisjonen at de faktisk ikke kommer seg på skolen, alt går dårlig. Og når vi går inn i de sakene så ser vi at alle de har hatt kontakt med alle tjenestene, stort sett. Man har vært involvert, og vi har hatt øvelse der vi har gått igjennom hele, og systematisert hele løpet til en bruker, og ser at "her var helsestasjonen inne. Her var PPT inne. Her var barnevernet inne. Her var BUPA inne." Og alle har vært involverte, men det har ikke vært samhandling."

På denne bakgrunnen bestemte altså kommunen seg for å innføre "et system for å ramme inn samhandlingen", kort sagt en arbeidsmodell. Kommunen erfarte også at overgangen mellom ungdom og voksen var en særlig krevende fase, og det var lett for kommunen å "miste" ungdommene i denne fasen.

### **Familiens hus og fagteam – en dør inn til tjenestene**

Alle hjelpetjenestene for barn og unge er samlet fysisk i ett hus i kommunen, noe informantene vurderte som et nyttig tiltak når det gjelder å legge forholdene til rette for samhandling. Dette omfatter tjenester som PP-tjeneste, barnevern, forebyggende helsetjeneste og kultur, samt skole- og barnehagekontor. I tillegg sitter altså en koordinator for Familiens hus der. Kort avstand mellom aktørene skal bidra til at terskelen for å snakke med hverandre blir mindre. Det er også etablert et fagteam i Familiens hus. *Fagteam* brukes kun i de mest komplekse sakene og møtes en gang i uka. Teamet består av representanter for de ulike tjenestene, som kommunepsykolog, barnevernstjenesten, Ressurssenter for mennesker med utviklingsmuligheter (RMU), PP-tjeneste, forebyggende helsetjeneste og tjenestekontoret. En representant fra fastlegene deltar også i fagteamet. Informantene understreker viktigheten av at fastlegene deltar i slike team:

D: Vi ser jo det at å få det medisinske blikket fra fastlege inn i en sånn tverrfaglig drøfting, det er veldig verdifullt, og det belyser situasjonen på en god måte.

C: Det vi har gjort er å øke stilling til lege på helsestasjonen. Og så at den har fått en arbeidsoppgave inn i fagteam.

A: Det at resultatet har blitt sånn skyldes fastlegene selv. De har vært veldig på oss i forhold til at "nå må kommunen se til å høre på oss og samhandle med oss, fordi at vi snakker med disse brukerne hele tiden" og det har de helt rett i.

Som vi ser fra eksemplene over, har fastlegene selv engasjert seg i å bedre samhandlingen med resten av kommunen. Fra andre tiltak vet vi at det tidvis kan være vanskelig å få fastlegene med på slike tiltak, og det er desto viktigere å understreke betydningen av at de er med i tverrfaglige/tverrsektorielle team og kan bidra med sitt perspektiv.

Fagteamet tar som nevnt, seg av de mest komplekse sakene (ca. 18 saker i 2017 på intervjuutidspunktet). Da møtes teamet og man blir enig om hvilke tiltak som er hensiktsmessig å sette i gang for ungdommen. Informantene bruker begrepet "skreddersøm" om utformingen av en tiltakspakke til de unge. Da vektlegger man altså individuell tilpasning; hva har brukeren behov for?

### **BTI som arbeidsmetode**

Informantene snakket mye om hvordan de jobber etter BTI-modellen og at organiseringen av Familiens hus må ses i sammenheng med denne arbeidsmetoden. BTI står altså for Bedre Tverrfaglig Innsats og er en systematisk arbeidsmetode som innebærer at man starter på lavest mulig nivå i tjenesten (tidlig innsats), har tydelig ansvarsdeling mellom tjenesteutøverne og involverer brukerne. Det er et mål å implementere denne modellen i hele tjenesten. Konkret innebærer arbeid etter BTI-modellen at man starter med en såkalt undring, en opplevelse av at et barn/ungdom ikke har det helt bra. Deretter må man vite hvordan en skal håndtere undringen/bekymringen, hvem som har ansvaret og hvilke verktøy en har for å finne ut av det. Arbeidsmetoden er beskrevet i en handlingsveileder som er tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Relatert til Familiens hus og fagteam er det slik at om man har forsøkt å løse saken på lavt nivå i kommunen, men ikke lyktes, skal man ta saken videre oppover i systemet. Da kan det være aktuelt å kople inn koordinator i Familiens hus osv.:

"Vi ønsker at det tverrfaglige arbeidet skal foregå på et lavere nivå, helt fra barnehagen. Når de samarbeider med for eksempel en helsesøster; at arbeidet foregår der. Og så tenker man, når ting butter litt, når man ikke helt får det til og man trenger å søke litt råd så ønsker man at det skal være en dør inn til å søke råd hos de ulike tjenestene. Da kan de ta kontakt da med meg som er koordinator

[i Familiens hus], og NN som er tverrfaglig koordinator for å be om råd og veiledning til hvordan vi skal gripe an saken."

Informantene var svært fornøyd med BTI-metodikken, og trekker fram tydelig ansvarsdeling, brukerinvolvering og tidlig innsats som styrker. I tillegg vil innføring av en felles metodikk på tvers av kommunen øke sjansen for at de ansatte jobber på samme måte – og møter brukerne på samme måte.

For å holde oversikt over brukernes tjenester i komplekse saker, har kommunen altså innført bruken av såkalt stafettholder og IT-systemet Stafettloggen.<sup>5</sup> Stafettloggen er et prosessverktøy som brukes for at alle involverte aktører, inkludert foresatte, skal ha innsikt i hvilke tiltak en bruker har og hvem som der og da sitter med hovedansvaret for brukeren:

"Det vi definerer en stafettholder til, er å definere hvem som holder i saken, fordi det er skole som må jobbe med det og, og så koble på PP-tjenesten. Så er det viktig å avklare hvem som har ansvar for å kalle inn til møte, evaluere tiltakene som er avtalt, og så videre. Og denne stafettholderen bruker jo da et elektronisk verktøy som vi har valgt å implementere nå i dette, som heter Stafettloggen, som er et elektronisk system for å loggføre hvilke tverrfaglige tiltak som blir iverksatt."

Foreldre (og bruker) kan logge seg på Stafettloggen med BankID, og systemet er juridisk godkjent.

### **Samhandlingsrutine til bruk for kommunen og BUPA ved SIV**

En annen komponent i prosjektet i Nøtterøy kommune er utvikling og implementering av en rutine som regulerer samhandlingen mellom kommunen og BUPA ved Sykehuset i Vestfold. Rutinen trådte i kraft 1.1.17 og var resultatet av et arbeid over ett og et halvt år. Problemstillingene som lå til grunn for utarbeidelse av rutinen var velkjente. Selv om det var eksempler på gode samarbeidssaker mellom kommunen og BUPA var utfordringen de komplekse sakene. BUPA visste heller ikke alltid hvem i kommunen de skulle ta kontakt med, ifølge informantene. Arbeidet med å utvikle rutinen ble i intervjuet beskrevet som ganske vanskelig. Resultatet beskrives som en ganske enkel rutine som rammer inn samhandlingen. Fra et samhandlingsperspektiv er det interessant å se på hva som har vært vanskelig i etableringen av en slik rutine:

"Ja, hva var det som var vanskelig. Det var mange ting tror jeg. (...) Hva snakker vi om? Er det en samhandlingsrutine? Er det rutine i kommunen? Er det rutine på BUPA? Så det var mange parallell-diskusjoner, tenker jeg. Og så måtte vi til slutt lande på at det er *samhandlingsrutinen* mellom etatene da, eller andrelinje. Og så må vi rydde i eget hus. Altså både BUPA og kommunen måtte gjøre et stykke forarbeid."

Dette er også velkjent problematikk. Ofte er det et stort stykke arbeid som må gjøres internt i egen organisasjon, før en er i stand til å lage gode samhandlingsrutiner med en ekstern partner. Informantene forklarte at det som ofte er utfordringen i de vanskelige og komplekse sakene er at BUPAs dialog gjerne går med en part i kommunen, mens de andre tjenestene i kommunen ikke er koplet på:

"Det som ofte har vært utfordringen når vi snakker om en vanskelig sak, så rigger BUPA et tilbud ut mot skolen, og så er ikke engang skolehelsetjenesten koblet på, eller PPT. De er ofte med, men barnevernet har aldri noen stemme inn i det. Altså det er ikke sammenheng i det som vi i kommunen da gjør når BUPA endelig kommer ut."

---

<sup>5</sup> Se: <https://stafettloggen.conexus.no/Account/Index?ReturnUrl=%2f> (lesedato: 12.5.17)

Slike komplikasjoner knyttet til koordinering av tjenester tyder på at kommuner må jobbe internt med å få oversikt og samordne tjenestene de gir til brukerne. Dette vil også forenkle samhandling med aktører utenfor kommunen. Sammenfattet opplevde informantene at rutinen i dag fungerer etter intensjonen. Den innebærer at BUPA har "en dør inn" i kommunen, i form av koordinator i Familiens hus, når de ønsker å presentere en sak for kommunen av litt mer kompleks karakter.

### **Brukermedvirkning: BTI og FIT**

Som nevnt er brukermedvirkning sentralt i prosjektet i Nøtterøy kommune. Det kan også betraktes som et suksesskriterium generelt sett, for å skape gode tjenester. Vi har allerede vært inne på flere verktøy/metodikker som skal sikre brukermedvirkning. De omfatter BTI-modellen og Stafettloggen, samt FIT. Vi går ikke i detalj inn på dem her, siden vi har tatt opp dette over. Når det gjelder FIT brukte kommunen i dag en papirvariant av feedback-skjemaet, men fortalte at de hadde kjøpt inn lisens på et dataprogram. I den digitale varianten er det enklere å følge utvikling over tid, i form av grafer osv., noe som kan tenkes å gi enda bedre oppfølging av brukeren.

### **Forankring og integrering med det ordinære tjenestetilbudet**

Ser vi på hva informantene i Nøtterøy trekker fram som faktorer som har vært – og er – særlig viktige for å lykkes med prosjektet, er det sentralt med god forankring og et felles mål å jobbe mot:

"En faktor for å lykkes er jo at kommunaldirektørens ledergruppe er enig, og er lojale mot den beslutningen som tas. Så blir det min oppgave som tjenesteleder å få det med og ta det med i organisasjonen. Så tar det tid. Vi er store avdelinger, vi er mange folk, alle må få gå noen runder med seg selv, og sammen og hver for seg og parallelt. Så det at vi er lojale til den beslutningen som er tatt. For at alle har det samme målet, tror jeg kanskje er den viktigste faktoren som gjør at vi lykkes."

Informantene vektla at kommunaldirektøren har engasjert seg i prosjektet, og han har blant annet begynt å holde korte møter annenhver uke for ansatte i tjenestene der de presenterer tema og deler erfaringer. I tillegg pekte informantene på at det er viktig at prosjektet ikke blir et isolert prosjekt, men at det utvikles til å bli en tjeneste som henger sammen med resten av kommunens tjenestetilbud. Videre jobbet prosjektgruppen ganske mye med å spre informasjon om prosjektet internt, slik at alle ansatte i kommunen skal være kjent med tiltak, rutiner og hvor man finner ytterligere informasjon:

"Vi [kommunen] har ansatt en egen kommunikasjonsrådgiver som hjelper oss med å få ut budskapet. Dette er internkommunikasjonen vår. Her beskrives for eksempel fagteam, hvilke endringer har vi gjort nå? Hva er BTI? Altså masse forskjellig. Tiltakene våre. Folk vet jo ikke hvilke tiltak vi har i egen kommune. De har vi beskrevet i en egen rutine. Så alt dette her ligger da tilgjengelig sånn at folk kan lese. Og jeg mener at det har gjort en ganske stor forskjell. Så når folk begynner å lese dette her, så begynner det å nærme seg noe vi mener kan være en stor endring da."

Per i dag var prosjektgruppen fornøyd med at man klarer å holde trykket oppe i arbeidet med å implementere en stor arbeidsmodell. Informantene fortalte at de nå ser at det begynner å framkomme en del historier om at det faktisk fungerer.

### **Tverrfaglig, tidlig, skreddersøm**

De andre elementene informantene var særlig fornøyd med, handlet på ett vis om en tilfredshet med hele BTI-modellen. Men ifølge informantene handlet det mer konkret om den økte muligheten for å jobbe godt



tverrfaglig, koordinert og gi en tidlig innsats som BTI legger opp til. I intervjuet ble det fortalt flere historier om hvordan man arbeidet tidligere, der en for eksempel kunne finne en mangel på felles perspektiver og også en mangel på kompetanse blant de ansatte. Med den arbeidsmetodikken kommunen har i dag, synes man altså at man begynner å ane at det er mer kunnskap om hva de andre tjenesteyterne kan bidra med, og hva man kan gjøre sammen for ungdommene. I tillegg har de ansatte som ble intervjuet et ønske om å invitere bredt inn i saker, slik at man kan analysere sakene tverrfaglig og sette sammen et skreddersydd tiltak for den individuelle ungdommen:

"Og så dette som vi var inne på innledningsvis med skreddersøm. Vi er veldig opptatt av å prøve. Når du får et tverrfaglig blikk da, når du inviterer bredere inn på et tidligere tidspunkt, så kan man kartlegge og analysere litt bredere hva som er årsaken til dette, hvis det har begynt å bli litt vanskelig. Og klarer man å gjøre det på et bredere tidspunkt tidlig, så er sannsynligheten for at man treffer med de riktige tiltakene tidlig også større."

### **Utfordringer – videreutvikling av tiltaket**

Da det ble snakk om veien framover for prosjektet og hvordan en ønsker å jobbe videre med det, var det enighet om at "veien blir litt til mens man går", implisitt at det er viktig å justere kursen på prosjektet ettersom man opparbeider seg erfaringer. Som en av informantene sa: "Huset mangler noen detaljer." Alle informantene oppfattet prosjektet som et arbeid som må foregå over lang tid, og var helt innforstått med det. Informantene erfarte for eksempel at samarbeidet med videregående skoler ikke var helt på plass ennå:

"Det er en utfordring at en kommune ikke eier en videregående skole. For jeg merker at de er litt isolert ifra vårt fagmiljø. Rett og slett når vi har de individuelle samtale, jeg vet ikke om de har vært med på det. Har de lærerne vært med på den nødvendige samtalen? Så de har ikke fått kompetansehenvisningen, de har ikke fått eierfølelsen til BTI. Det lider nok [en spesifikk] skolen litt av nå. Det merker jeg." (D)

Siden kommunene ikke er eier av videregående skoler, kan de heller ikke implementere sine arbeidsmetoder der (som BTI). I tillegg kompliseres samarbeid med videregående skoler av at skolene hvor ungdommene går kan ligge i andre kommuner, noe som gjør at heller ikke helsesøster ved skolen tilhører ungdommens hjemkommune. Dette er strukturelle faktorer som gjør samarbeid og oppfølging av ungdommer krevende. Det ble også tatt opp et ønske om å ansette en koordinator for å følge opp en del av de komplekse sakene og være stafettholder i saken. Dette gjaldt igjen særlig de sakene som omhandler ungdom i videregående skolealder. Det er spesielt aktuelt når det ikke er noen i kommunen som er involvert i saken, men hvor for eksempel Fylkeskommunen ved oppfølgingstjenesten, fastlege og BUP følger opp. Dette arbeidet man med for å få til i Nøtterøy kommune.

## **4.2 Bekymringsfullt skolefravær – Trondheim**

### **4.2.1 Beskrivelse av tiltak**

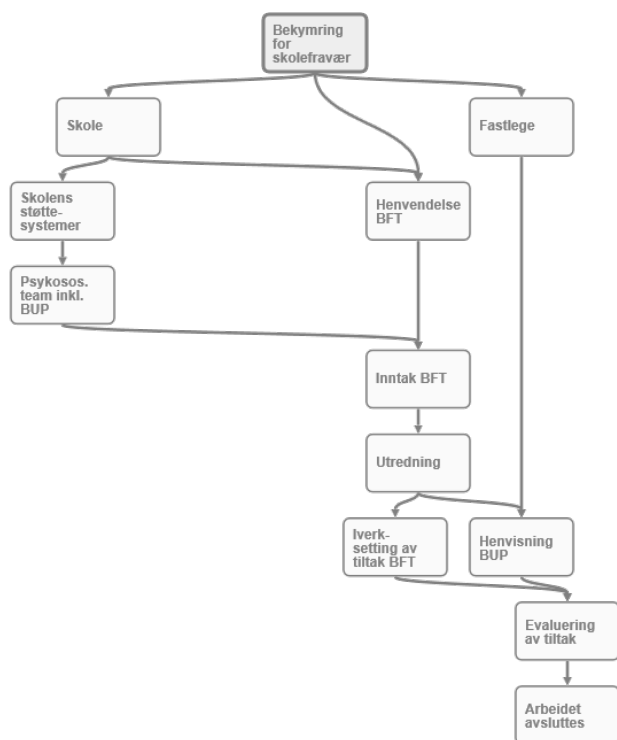
Tiltaket med det fulle navnet "Når bekymringsfullt skolefravær blir alvorlig funksjonstap" er et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved St. Olavs hospital. Tiltaket startet opp i 2014 og målet per i dag er:

- Å implementere et standardisert, helhetlig pasient-/brukerforløp for barn og unge mellom seks og 15 år med bekymringsfullt fravær fra skole og alvorlig funksjonssvikt, for gjennom dette

- å gi bedre og mer effektive tjenester til denne pasient-/brukergruppen
- å øke og bedre samhandling på, og mellom hvert av nivåene i helsetjenesten og deres samarbeidspartnere.

### Tjenester som ytes innen tiltaket

Konkret er tjenesten som ytes innenfor rammene av tiltaket basert på en "oppskrift" i form av at standardisert pasientforløp som beskriver ansvar og trinn i et forløp for barn/ungdom med bekymringsfullt skolefravær. Forløpet er publisert på Trondheim kommunes hjemmesider<sup>6</sup>. Alle som er interessert kan klikke seg inn på de forskjellige boksene og finne ut hva slags tiltak, retningslinjer og verktøy som brukes for hvert trinn. Dette gjelder også foresatte/brukere.



**Figur 2 Trondheim kommunes modell av standardisert forløp for barn/ungdom med bekymringsfullt skolefravær**

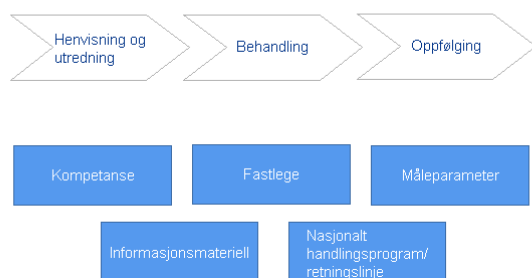
Tilsvarende har BUP ved St. Olavs hospital laget et tilsvarende forløp for internt bruk i sykehuset<sup>7</sup>. Dette forløpet er også tilgjengelig for alle, slik at ungdom og foresatte kan se på det og få oversikt over hva slags tjenester man kan forvente å få.

<sup>6</sup> <https://www.trondheim.kommune.no/content/1117755342/Bekymringsfullt%20skolefrav%C3%A6r>

<sup>7</sup> [http://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc\\_30916/index.html#](http://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_30916/index.html#)



### Standardisert pasientforløp: Bekymringsfullt skolefravær og alvorlig funksjonstap hos barn og ungdom



**Figur 3 St. Olavs hospitals modell av standardisert pasientforløp: Bekymringsfullt skolefravær og alvorlig funksjonstap hos barn og ungdom**

I tillegg støttes arbeidsprosessen med det overordnede forløpet med et tverrfaglig team-møte. Samtidig framkom det i intervjuet at *Handlingsplan ved skolefravær*, som eksisterte uavhengig av prosjektet, er aktualisert/revidert og tatt mer i bruk som et ledd i innføring av det standardiserte forløpet. Handlingsplanen inneholder retningslinjer for:

1. Førings av fravær fra skolens side
2. Melding om fravær fra foresattes side
3. Hva en skal gjøre ved tidlige tegn på skolevegring
4. Hvordan kontakten mellom skole og foresatte skal forløpe
5. Hva som skal regnes som bekymringsfullt skolefravær
6. Arenaer for drøfting av fravær på skolen
7. Melding til eksterne hjelpeinstanser

Det er altså først i punkt 7 at skolen skal melde saken til barne- og familietjenesten i kommune. I de fleste tilfeller vil saker om bekymring for skolefravær løse seg i løpet av de første handlingspunktene.

### Organisering

Prosjektet er organisert slik at både kommunen og St. Olavs hospital har sine respektive prosjektledere internt, med en felles styringsgruppe. Arbeidet/tiltakene som gjøres i prosjektet for å hjelpe unge med bekymringsfullt skolefravær utføres etter kommunens og St. Olavs hospitals etablerte interne rutiner. Det nye som prosjektet tilfører er formalisering av trinnene i arbeidsprosessen (gjennom det standardiserte pasientforløpet) og etablering av et *tverrfaglig team* der man i prosjektets første faser har søkt å avbalansere relasjonene mellom aktørene og interne prosesser for å få mer åpne, hensiktsmessige samhandlingsprosesser. Dette arbeidet skal ytterligere styrkes i implementeringsfasen. Tverrfagligheten spenner over profesjoner og

forvaltningsmessige grenser. Tiltaket har 1,1 årsverk finansiert over tilskuddsordningen. Midlene bidrar til å lønne personer i prosjektledersjiktet (cand.polit, psykolog, pedagog, psykiater).

### **Verktøy/metoder i tiltaket**

Bruken av standardiserte pasientforløp beskrives som navet i forbedringsprogrammet på St. Olavs hospital i inneværende periode. Denne tilnærmingen har også Trondheim kommune valgt som foretrukne arbeidsmetode for kvalitetsforbedring og organisasjonsutvikling. Utviklingen av standardiserte pasientforløp er basert på LEAN-prinsipper og verdistrømsanalyser. Utviklingen av tiltaket – og gjennomføringen av det – er videre basert på kunnskapsbasert praksis (forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap).

### **Brukermedvirkning**

I prosjektrapporteringen peker prosjektansvarlige selv på at det har vært utfordrende å få med brukere. I den videre utviklingen og implementeringen ønsker man å etablere en brukergruppe som skal "overvåke" prosessen i prosjektet. Trondheim kommune jobber i tillegg med å utvikle sin portefølje på brukerundersøkelser til å omfatte barn/unge og deres foresatte.

### **4.2.2 Ansattes erfaringer**

Fokusgruppeintervjuet som ble gjort i Trondheim hadde sju deltakere. Disse besto av to personer fra to ungdomsskoler og fire personer fra barne- og familieverntjenesten i de fire bydelene i Trondheim. I tillegg deltok en representant fra BUP (som ble erstattet av en annen person fra BUP på slutten av intervjuet). Foruten de to ansatte på skolene, hadde alle deltakerne erfaring fra arbeidsgruppa/prosjektgruppa, og hadde således god innsikt i prosjekts innhold og utvikling.

Oppsummert beskrev informantene det de opplever som et viktig prosjekt, men et prosjekt som er i en implementeringsfase og der det fortsatt er nødvendig å jobbe videre med å spre kunnskap om modellen. Det mest positive som prosjektet har bidratt med ble beskrevet som tydeligere avklaring av ansvar mellom aktørene, skape forpliktelse for aktørene som er involvert og at modellen gir en god oversikt over hvilke tjenester en kan forvente.

Mange av informantene hadde opplevd krevende samarbeidssaker i komplekse skolefraværssaker, blant annet fordi det har vært (og delvis fortsatt er) store variasjoner mellom hvordan bydelene har organisert tjenestene sine. Dette inkluderte forskjellige navn og begrep på hjelpetiltak/aktører:

"Det var tiltak, og det var så mange rare navn rundt omkring (...) Det var så vanskelig å forholde seg til. Vi visste liksom ikke hvor vi skulle henvende oss. (...) Så det er i stadig utvikling. Det var litt forvirring da, i begreper og alskens. Og da var det behov for å samkjøre litt, så vi visste hva vi hadde å forholde oss til. Selv om det selvfølgelig enda er noen forskjeller, men nå er det i hvert fall et arbeidsredskap som vi vet at vi kan følge. Det tror jeg er det viktigste med det." (informant fra skole)

### **Utvikling og bruk av forløpsmodellen**

Forløpsmodellen ble utviklet via en prosess i fellesskap med alle de involverte aktørene som jobber med bekymringsfullt skolefravær. Informantene snakket en del om utviklingen av modellen, og i dette arbeidet ble det tydelig at det var en del variasjon omkring hvordan både bydeler og individuelle fagpersoner jobbet med saken. Utforming av modellen er derfor viktig for å gi et ensartet bilde av hva som skal gjøres, hvem som har ansvar og hva brukere har krav på. På Trondheim kommunes nettside kan man, som nevnt, klikke seg inn på de ulike boksene i modellen for å få et noe mer detaljert bilde av forløpet:

"Det er jo noe som også brukere kan klikke seg inn på. Det er jo litt av poenget, at det skal være oversiktlig. For vi snakket om [i arbeidsgruppen] at man kan ikke gå i detaljnivå, for ting kan være litt forskjellig. Så her blir det en grov skisse på hva de og kan forvente og hvilke hjelpetiltak som er. Og ikke minst hvem. Viktigheten av hvem som er inne i saken. Så det er jo til hjelp både for oss som jobber med det og brukere selv."

Fra St. Olavs hospitals side ble det pekt på at de pleier å utarbeide forløp med basis i en diagnose, men når det gjelder bekymringsfullt fravær fra skole måtte de tenke symptomer heller enn diagnose:

"Og det var noe nytt i St. Olav, å få lov til å lage et pasientforløp på et symptom. Så der måtte vi gå en vei, og den ble det jobbet med parallelt da, i arbeidsgruppen. BUP gikk gjennom og så på "Hvordan kan vi bli med både internt, men også ut til de vi samarbeider med?" Og det [forløpet] ligger også åpent for foreldre og skoler og sånn." (informant BUP)

I dette arbeidet som ble gjort internt i BUP ble det laget et eget kvalitetssikringsdokument. Her var målet å tydeliggjøre hva BUP skal gjøre når man er inne i denne typen saker, alt ifra den første utredning til behandling. Informanten fra BUP påpekte at man per i dag jobber forskjellig i de forskjellige BUP-ene, og målet må være at ungdom/familier skal få den samme tjenesten uavhengig av hvem man møter i BUP.

Nå som forløpet er vel utformet er det selvsagt viktig at alle ansatte som jobber med skolefravær tar det i bruk. I intervjuet framhevet flere av informantene at det er nødvendig å jobbe for at alle skal kjenne forløpet og bruke det. Kort sagt, jobbe med implementeringen av modellen:

"Jeg er i skolehelsetjenesten, på en ungdomsskole, og jeg kjenner veldig igjen dette med at vi jobbet med det, og så var det å få det kjent på skolen og til rektor og alt det der. Og så kom det [forløpet], men ting må gjentas. Og det å huske å bruke det, det har tatt litt tid. Jeg tror nok det er forskjeller, men jeg opplever at nå har det blitt veldig mye mer brukt da. Nå har det kommet veldig mye mer inn i system på skolen der jeg er, i hvert fall. Nesten på alle typer møter, der det handler om noe som har med bekymringsfullt skolefravær, så har skolen med denne, og de bruker den aktivt, og vi bruker jo brukerforløpet og går igjennom sakene, og vi sitter og ser hvem. Det er jo ikke så enkelt at svarene er gitt for dem du har der da, men du får en pekepinn, og så er det det å huske på. Hvem er det du kan ta kontakt med og ikke?"

### **Tydeliggjøring av ansvar – økt forpliktelse**

Som nevnt tidligere, opplevde informantene at forløpsmodellen – og herunder handlingsplan for skolefravær – er et godt virkemiddel for å plassere ansvaret for saken der det hører hjemme. Dette handler både om at tjenesteutøverne vet hva man kan forvente av samarbeidspartnere, og på hvilket tidspunkt det er riktig å kople dem inn:

"Som samarbeidspartner da, så opplevde vi at den [handlingsplan ved skolefravær] har vært i sånn utprøvningsfase, og i løpet av dette prosjektet ble den tatt inn og den hører til der i forløpet. Så det ble mye tydeligere for oss som samarbeidspartner hva vi kunne forvente. Altså hva vi kunne etterspørre og forvente da. Så jeg har en opplevelse av at den har vært der, men at det har vært litt justeringer underveis nå, men nå står den der. (...) Ja, som samarbeidspartner må jeg si da, det blir jo enklere å samarbeide når skolene vet hva som er sin jobb, så det var en klargjøring av roller og ansvar. Vi i BUP opplever det som veldig konkret og som et godt arbeidsdokument."

Informantene beskriver at i svært mange saker er det tilstrekkelig å ta i bruk handlingsplanen, men det er særlig i de vanskelige sakene hvor man har forsøkt mange tiltak internt på skolen at forløpsmodellen blir viktig. "Den forplikter aktørene til å stå i sakene, selv om saken kan pågå over flere år", sa en av informantene. Noen av informantene opplevde altså at saker varte i flere år, og at forløpsmodellen med sin skriftliggjøring av ansvar medførte en annen forpliktelse enn tidligere til å "stå i saken":

"Og det opplever jeg faktisk at skjer mer og mer. At vi har forpliktet oss ifra BUP, at vi skal holde ut. Vi har forpliktet oss ifra barnevern, at vi skal holde ut, hvis dere skjønner. At vi ikke fyker ut fordi at her vil ikke pasienten komme til oss."

Forløpsmodellen kan altså se ut til å bli et verktøy som kan fremme samarbeid mellom tjenesteutøverne gjennom å tydeliggjøre ansvar. Et liknende eksempel er at siden tjenesteutøverne ikke har myndighet til å bestemme over hverandre, må man henvise til avtaler som forløpsmodellen for å mobilisere samarbeidspartnere, eller som i dette tilfellet, rettferdiggjøre egen deltakelse i saken:

"I handlingsplanen er det egentlig veldig tydelig at PPT skal inn tidligere, men vi opplever jo at vi kommer inn og det blir stilt spørsmål ved "Hm. Hvorfor skal PPT inn?" Men det tenker vi at – vi har blitt flinkere på grunn av dette forløpet. For vi har ikke mandat til å bestemme over kommunen, men vi kan etterspørre og avklare avtale på samarbeid."

### **Utfordringer - videreutvikling av tiltaket**

På spørsmål om hvordan arbeidet med forløpsmodellen bør foregå framover, var det enighet blant informantene om at det er viktig å "holde det i gang" og fortsette implementeringen. Det er fortsatt en del utfordringer – eller et stykke arbeid – som må gjøres før en får utnyttet potensialet i forløpet til det fulle. Det var for eksempel ulike oppfatninger om det egentlig hadde blitt bedre samarbeid mellom tjenesteutøverne:

"Jeg er litt usikker på om det har blitt bedre samarbeid. Det jeg ser er at det er klart at vi har fått et annet fokus på det. Vi er mer observante, vi etterspør det mer, og det går fortere når vi får dem. Og så vet vi at vi har forløpet, så vi vet at vi har noe å ta tak i som kan være godt å ha. Det tror jeg nok, at vi snakker mer om det. Snakker mer om kompetanse på feltet, men jeg er ikke helt kjent med hvor fort vi greier å få til et godt samarbeid med BUP."

Foruten poenget om hvorvidt forløpsmodellen bidrar til bedre samarbeid, er det også viktig at alle de relevante aktørene koples på saken så tidlig som mulig. Dette var flere opptatt av, på tvers av arbeidssted, og det vil være viktig å jobbe med dette framover i implementeringsfasen:

"Jeg sitter og tar imot alt som kommer inn fra PPT. Og jeg synes at; For det første så får vi det alt for sent. Alt for, alt for sent. Og en brøkdel av gangene bare med handlingsplan. (...) Man reagerer ikke så tidlig. Det er først når man begynner å få litt [erfaring] at man begynner å reagere. Og det handler akkurat om dette med å komme inn tidlig nok, og begynne å sette inn tiltak, forebyggende." (BFT)

"Noe vi gjorde i gamle dager og, som vi egentlig skal slutte med nå, det er jo at vi må utrede før vi kan gi råd om at de skal gå på skole. Det skal vi ha slutt på. Vi skal gå inn å samarbeide tidlig med en gang, og snakke om "Hvordan skal vi få ungen til skolen?" Hvis vi utelukker mobbing, psykose og spiseforstyrrelser, så skal han tilbake." (BUP)

Intervjuet tyder altså på det er en felles oppfatning blant informantene at relevante tjenesteutøvere skal koples på saken tidlig, det vil si at gjennomføringen av forløpet må gå ganske fort, slik at ungdommene ikke blir gående å vente lenger enn nødvendig. "Det er de sakene det svinger i", som en av informantene sa.

Helsesøster nevnes også som en aktør som skal tidlig inn. Handlingsplanen beskriver da også at helsesøster skal inn tidlig. Det kan altså se ut som at handlingsplan og forløpet beskriver godt når de forskjellige aktørene skal involveres, men at det gjenstår noe når det gjelder å jobbe på denne måten i praksis.

Et annet poeng som ble trukket fram var at samarbeidspartnerne til kommunen kan oppleve at BFT-tjenestene i kommunen er ulikt organisert på tvers av de fire bydelene. Det kan skape forvirring og særlig vanskelig blir det for skoler som har elever fra forskjellige bydeler. Da må skolen forholde seg til ulike begrep på team og ulik organisering. Som en av informantene uttalte: "Dette møter vi som samarbeidspartner. Psykososialt team på en bydel er ikke det samme som psykososialt team på en annen bydel. Et fagteam på en bydel er ikke det samme som et fagteam på en annen bydel."

Videre ble det pekt på at lovverk og interne rutiner i kommunen for henvisninger om vurderinger/tjenester også kan motvirke at forløpet foregår i raskt nok tempo. For eksempel fortalte en informant (psykolog) at:

"Jeg kan få saker fra fastlege eller fra helsesøster på barn som trenger suicidalvurdering eller er deprimerte. Og så går jeg inn, og så er det et kjempehøyt skolefravær og. Men da tenker skolen at "nå er BFT informert", men for meg da, nå er dette sikkert forskjellig fra bydel til bydel, men for meg så er det helt umulig å få på PPT da, i et møte uten at skolen har sendt en henvisning, eller har riktig lovverk. For er det ikke krysset på riktig lovverk, så er det bare å glemme det.

Slike utfordringer har ikke noe med det standardiserte forløpet i seg selv å gjøre, men er viktig å ha med seg for å forstå konteksten forløpet implementeres i. Tilsvarende fortalte en informant fra BUP at skolefravær tidligere var en henvisningsgrunn til BUP. Nå skal skolefravær som grunn fjernes, det betyr at de må være påpasselige ved henvisning til BUP ved at de refererer til plager/lidelser som angst eller depresjon ved henvisning, da dette ofte forekommer samtidig med høyt skolefravær.

Som vi var inne på over, er ikke implementering av et standardisert forløp i seg selv nødvendigvis nok for å få til tidlig og god oppfølging av bekymringsfullt skolefravær. Flere av informantene pekte på behovet for felles møteplasser for tjenestene; som for eksempel en form for samlokalisering av tjenester på skolene en dag i uka. På en skole som ble brukt som eksempel satt barnevern, PPT, psykolog, helsesøster og familietiltak sammen en gang i uka, og dette ble omtalt som positivt. Også behovet for en koordinator i forløpet ble tatt opp, og det ble ytret et ønske om en tydeliggjøring av hvem som har koordinatoransvar i sakene.

## **4.3 Lavterskelteamet raskere psykisk helsehjelp til barn og unge - Tromsø**

### **4.3.1 Beskrivelse av tiltak**

Lavterskelteamet i Tromsø er et tilbud til barn og unge i alderen 0-18 år som har psykiske helsevansker som ikke er så alvorlige at de har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Mer spesifikt omtales målgruppen til teamet som barn og unge med lette til moderate vansker med depresjon, angst, atferdsvansker og problemer med konsentrasjon/uro. Lavterskelteamet omtales også som et "Felles tidlig intervensjonsteam", og består av fire fagpersoner fra Tromsø kommune og BUP Tromsø.

Tilbudet har som formål å sikre at barn og unge skal møte et tjenesteapparat som er faglig godt, samordnet og preget av kontinuitet mellom kommunen og helseforetaket. Teamet er planlagt å ha to hovedfunksjoner, ifølge prosjektbeskrivelse:

1) Kartlegge psykisk helsetilstand og livssituasjon, avklare hva barnet og familien ønsker hjelp med og vurdere hvor et tilbud bør gis. Teamet skal i samarbeid med familie og nettverk bistå enten med videre

henvisning til spesialisthelsetjenesten eller hjelp til igangsetting av tiltak i kommunen, der det er behov for dette. For de barn og ungdommer som må vente på et tilbud i spesialisthelsetjenesten skal teamet bidra til å igangsette tiltak i ventetiden.

2) Teamet skal gi en korttidsintervensjon til barn og familier som antas å ikke ha behov for mer enn et kortvarig hjelpetilbud. Tilbudet består da av inntil fem samtaler/møter hvor fokus vil være på kartlegging, hjelp til selvhjelp, psykoedukasjon, rådgivning og veiledning.

Tjenestene i tiltaket presenteres slik:

- Kartlegge psykisk helsetilstand og livssituasjon. Bidra til å avklare hva barnet/ungdommen og familien ønsker hjelp til, og vurdere hvor et tilbud bør gis
- Kan i samarbeid med barnet/ungdommen og familie og nettverk bistå enten med videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, eller hjelp til igangsetting av tiltak i kommunen
- For de barn/ungdommer som må vente på et tilbud i spesialisthelsetjenesten kan teamet dersom ønskelig, bidra til igangsetting av tiltak i ventetiden
- Tilby et kortvarig samtaletilbud til barn/ungdom og familier der dette antas å være tilstrekkelig.
- Delta i samtaler/møter med barn, ungdom, lærere eller andre fagpersoner
- Lavterskelteamet er ambulerende og gir et tilbud nærmest mulig brukeren f.eks. på skolen, helsestasjon, barnehage eller hjemme

### **Organisering**

Lavterskelteamet i Tromsø ble startet opp i august 2015. Tilskuddet som ble innvilget benyttes til fire fagpersoner i 50 prosent stilling, to fra Tromsø kommune og to fra BUP. I tillegg har teamet også merkantil hjelp. De fire fagstillingene er: psykologspesialist og helsesøster fra kommunen og klinisk pedagog og psykologspesialist fra BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), UNN. Tre av disse har 50 prosent stilling i teamet. Psykologspesialisten i kommunen har rolle som koordinator, og har 60 prosent stilling i teamet.

I prosjektperioden ledes arbeidet av en styringsgruppe bestående av: kommunaldirektør utdanning (leder av styringsgruppen), kommunaldirektør helse- og omsorg, klinikkjef for Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og representant for UNN/Samhandlingsenheten.

### **Plassering og tilgjengelighet**

Lavterskelteamet er organisert under Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune. Teamet er etablert på Sentrum helsestasjon og er tilgjengelig kl. 0800-1530 hver tirsdag, torsdag og annenhver onsdag. Teamet kan kontaktes per telefon eller e-post enten av barnet/ungdommen selv eller av andre som er bekymret. Teamet vil i løpet av to uker kunne være med på en samtale ute i skole, helsestasjon eller hjemme hos familien for kartlegging og vurdering.

### **Arbeidsmetoder**

Etter henvendelsene gjøres en første vurdering, hvorvidt det er aktuelt at bruker skal komme til teamet, eller om de skal fortsette å få hjelp i den tjenesten de eventuelt får hjelp. Videre hvem i teamet som har ledig kapasitet, eller om det er behov for spesiell kompetanse. Er det psykologkompetanse som trengs så kobles psykolog på. Så jobber man parallelt med at det skal være samhandling, det vil si at det i utgangspunktet skal være en fra kommunen og en fra BUP. Videre har man en vurderingssamtale med de involverte: foreldre,



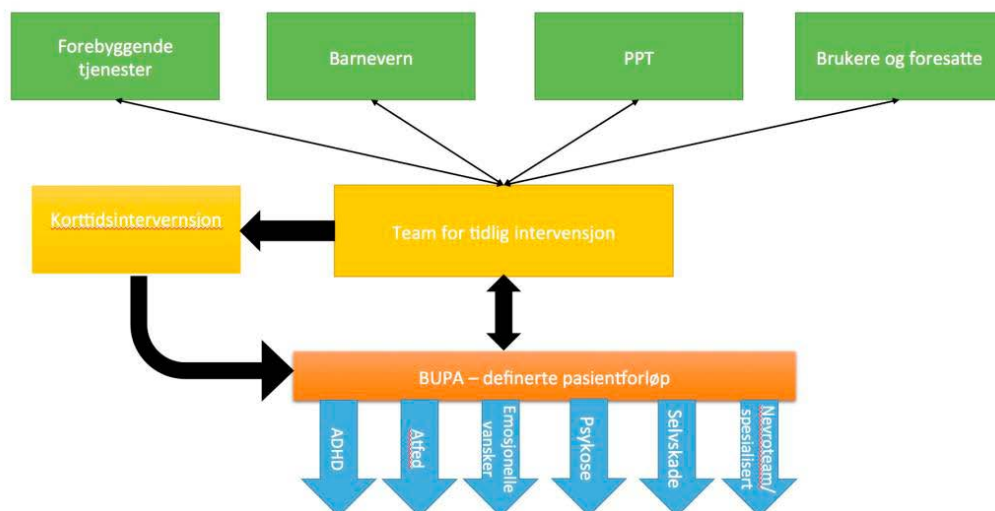
barna/ungdommene og eventuelt andre. Ofte inviteres også helsesøster eller andre aktuelle tjenester for at man skal få størst mulig bredde i den første samtalen. Så gjør teamet vurderinger. Dersom de skal gå inn å jobbe aktivt med psykisk helse, så er det i samhandling med andre eller at de gir et individuelt tilbud på inntil fem til seks konsultasjoner. Dersom problemet er alvorlig skal det henvises til BUP.

Det brukes standardiserte skjema for kartlegging med SDQ, Honosca og C-gas. KOR (klient- og resultatstyrt praksis) tas i bruk der det gis behandling. Man ønsker å ta i bruk de best dokumenterte behandlingsformer for målgruppen. Hjelp til barn og unge med angst og depresjon baseres på kognitiv atferdsterapi. Arbeidet med atferdsvansker tar utgangspunkt i systematisk foreldreveiledning med metoder som PMTO.

### Brukermedvirkning

Lavterskeltiltaket har som mål at de som tar kontakt skal ha stor innflytelse på hvilken hjelp som gis. Det framgår at teamet skal arbeide "arenafleksibelt ut fra brukernes behov og tilby psykologisk behandling som er basert på de best dokumenterte arbeidsformer" (prosjektbeskrivelse). For sikre systematisk brukermedvirkning benyttes spørreskjemaene i klient- og resultatstyrt tilnærming (KOR). Disse skalaene gir brukere av teamet mulighet til å gi fortløpende tilbakemelding på om hjelpen de mottar har effekt og hvordan de opplever samtalen.

**Samarbeidsflater** for Lavterskelteamet presenteres slik:



**Figur 4** Oversikt over lavterskelteamet i Tromsø

### 4.3.2 Ansattes erfaringer

Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju i Tromsø med en ansatt i teamet og en helsesøster i kommunen som hadde erfaring med å samarbeide med teamet. Intervjuet ble gjennomført i teamets lokaler på Sentrum helsestasjon. Oppsummert beskriver informantene Lavterskelteamet som et etterlengtet og nyttig tiltak i Tromsø kommune for en kvalifisert og raskere avklaring av hjelpebehov, samt det å kunne tilby kortvarig samtaletilbud. Lavterskelteamet samarbeider først og fremst med helsesøster i skolehelsetjenesten. For helsesøster oppleves samarbeidet med teamet svært positivt og som en god faglig støtte.

### Samhandling for et mer helhetlig tilbud

Lavterskelteamets samarbeidsflater mot andre tjenester, slik det var planlagt, framgår av figuren over, og inkluderer BUP, barnevern, PPT og forebyggende tjenester (bl.a. helsesøster). Ifølge prosjektbeskrivelsen er en viktig hensikt med Lavterskelteamet å svare på noen av de utfordringene barn og unge står overfor i dagens møte med hjelpeapparatet som er "for silo-organisert og hvor det skorter på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten". En informant som jobber i teamet sa dette om arbeidet:

"Det er jo mye rydding, ikke så mye terapi, men rydding i tanker, mestringsstrategier, og å finne ut hva som er lurt i denne saken. Så er det jo en del utfordringer i forhold til at noen har vært på BUP tidligere, de har vært på habiliteringen, på barnevernet osv. Det var en del av grunnlaget til at vi ble opprettet, å prøve å ha én dør eller ikke veldig mange dører samtidig, og kan gjøre en vurdering med tanke på at dette er ... hvis det er langvarige behov, så kan ikke vi være de som skal holde på."

Hvordan samarbeider man for å unngå silo og oppnå et helhetlig tilbud ved "én dør" henholdsvis i forhold til BUP og øvrige kommunale tjenester?

### Fordeler ved å ha BUP med i kommunalt team

Samarbeidet mellom kommunen og BUP er det helt sentrale i Lavterskelteamet, og som skal gjøre det lettere å avklare hvem som trenger å henvises og hvem som er hjulpet av oppfølging i kommunen. Videre om det eventuelt er behov for en midlertidig hjelp fra Lavterskelteamet blant de som faktisk er henvist til BUP, men må vente en tid. I utgangspunktet skal det være én fra kommunen og én fra BUP på vurderingssamtalene som gjøres i Lavterskelteamet. Hvordan vurderes fordelene med denne modellen som er på tvers av nivåene? God oversikt over tilbudene ble trukket fram som en åpenbar fordel når det skal avklares hvor bruker skal følges opp:

"Samhandlingsmessig så tenker jeg at det er en kjempelur modell – at vi har to erfarne fra kommunen, og to erfarne fra BUP (...) vi som kommer fra BUP har jobbet mye med inntak, og vi kjenner til det. Det har ikke gått henvisninger til BUP som ikke har vært reelle henvisninger. (...) De som er kommuneansatte har god oversikt over tilbud som finnes i kommunen."

I tillegg til oversikt over tjenester nevnes behovet for å ha oversikt over hva som er gjort av tidligere tiltak ettersom det ofte er et problem at slik informasjon ikke følger med henvisning. De ansatte fra BUP som jobber i teamet kjenner informasjonsbehovet, og kan veilede og bistå de kommunale tjenestene slik at denne informasjonen framkommer samt at tiltak prøves ut på kommunalt nivå før det henvises. En teamansatt fra BUP sa:

"Ofte er det jo sånn at når de henvises til BUP, så kommer det ikke fram hva som har blitt gjort av tiltak før, hva som har vært prøvd. Og da er det jo fortvilende at de blir liggende i en mellomperiode uten å få de tilbudene de har behov for. Jeg tror at vi også har vært litt flinkere til å si at de ikke må henvise uten at det kommer frem hva som har vært prøvd av tiltak. Og nå kan vi jo si at det ikke er hjelp i det hvis ikke tiltak er prøvd."

Videre legges det vekt på at BUP er viktig også for å få klarhet i hvem Lavterskelteamet bør hjelpe med sitt tilbud om fem konsultasjoner:

"Jeg tenker også at det er viktig at BUP er med. Det er jo noe med å vite (...) hvem er det vi kan hjelpe på relativt kort tid? Det er jo noen som får hjelp etter noen få samtaler. Det å rydde litt i hodet, sortere tanker og følelser sånn at man kan få litt hjelp, så kan man gå videre."

Kortidsintervensjon gis til barn og familier som antas å ikke ha behov for henvisning, men også overfor barn/unge som er henvist, men har behov for oppfølging mens de venter på tilbud hos BUP.

"Så får vi selvfølgelig noen som vi ser at han eller hun skulle vært hos BUP. Nå har de vært hos lærere, helsesøster, og de har vært ... diverse plasser. Så kommer de hit (til Lavterskelteamet) og så får man de i tale (gir konsultasjoner). Så, mange ganger er vi der i påvente av BUP."

Oppsummert gir det noen fordeler at fagpersoner fra BUP jobber sammen med kommunale fagpersoner i Lavterskelteamet. Det gir lettere oversikt over hvilke tjenester som har vært involvert, hvilke tiltak som er prøvd ut, raskere avklaring av hjelpebehov, bredere kompetanse og sannsynligvis større faglighet i de vurderinger som gjøres.

### **Samarbeid med andre kommunale tjenester**

Teamet skal legge til rette for samarbeid med andre kommunale tjenester dersom det er behov for det (jf. samarbeidsflater i figur 4). En teamansatt forklarete at de gjør en vurdering, men at samarbeidet i størst mulig grad er med helsesøster og skoler:

"Det er jo mange forskjellige tilbud egentlig i kommunen, som grenser litt opp mot hverandre. Er dette en sak for kommunepsykologen, lavterskelteamet, eller noen av de andre tilbudene som finnes? (...) Noen ganger kan vi følge med til de andre tjenestene. Vi har samarbeid med barnevernstjenesten, mange skoler ... men de vi samarbeider mest med er helsesøster og skoler".

### **Helsesøster – en sentral samarbeidsaktør**

Den mest sentrale samarbeidsaktøren, helsesøster i skolehelsetjenesten, har på sin side mange positive refleksjoner om nytten av Lavterskelteamet. Hun legger særlig vekt på at det er godt å ha noen å kontakte og diskutere saker med der hun tidligere var mye alene. Lavterskelteamet bistår med hjelp til å vurdere hvor saken står, og om det bør henvises, hva helsesøster kan prøve ut eller om lavterskeltilbudet skal gå inn og følge opp. For henne betyr det et faglig fellesskap som hun ikke hadde før, og som heller ikke var vanlig for helsesøstre:

"Vi var veldig alene og følte oss veldig alene." (...) Man får hjulpet flere rett og slett. Så det har vært fantastisk ... i 2007 når jeg begynte å jobbe, så syntes jeg at jeg satt alene på skolen, og tenkte "hva i guds navn gjør jeg med alle de her!".

Helsesøster forklarer at før brukte hun uforholdsmessig mye tid på å begrunne behov for henvisning til BUP, ikke minst fordi det ikke var helt tydelig for de kommuneansatte hva spesialisthelsetjenesten la vekt på. Dette unngår man i dag ettersom saken kan diskuteres med Lavterskelteamet som har denne kunnskapen. Hun beskrev hvordan dette kunne oppleves:

"De her BUP-henvisningene som vi alltid fikk i retur, hadde vi en opplevelse av, og som skapte masse frustrasjon. (...) Så det med å skjønne for det første, hvordan komme til BUP. Hva er det de tenker? Hva er kriteriene deres, hvordan kan vi vite det? Vi må teste det ut, så får vi gjort alle de basic kartleggingene - få alt det der på plass."

Helsesøstre på skolen utgjør det laveste nivået, og også det nærmeste til barnet/ungdommen. Helsesøstre opplever ofte at saker med barn og unge som forsøkes henvist ender opp tilbake hos helsesøster. Helsesøsters dilemma kan være at barnet/ungdommen fremdeles har behov for en eller annen form for oppfølging eller behandling, slik vår informant nevnte:

"Det handler jo om alle de elevene som vi har jobbet med i alle de år, før og etter lavterskelteamet, som vi sitter og lurer på hvor skal de hen? (...) Noen ganger etter en del prosesser så blir de tatt inn til BUP, mens andre ganger så er det avslag, vi får dem i retur, og det må vi klare å håndtere. Så kan det være kjempeutfordrende for en ordinær helsesøster å sitte med noe som oppfattes som en behandling."

I denne situasjonen oppleves det som nyttig og positivt, og som en trygghet for helsesøster, å ha kontakt med Lavterskelteamet, få veiledning, og også bare det å vite at de finnes:

"Men jeg opplever jo at sånn som fra skolehelsetjenesten sin side da, at det at det.. oppleves som nyttig å kunne ta kontakt med ... det å faktisk kunne sjekke ut med lavterskelteamet da. Det å faktisk kunne ta kontakt med noen og spørre. Det er ikke så lett å få kontakt med fastlegen alltid, det er ikke så lett å få kontakt med BUP. Det skulle bare mangle. Det skal ikke være det heller. Men det å faktisk få kontakt med *noen*. Så får man en veiledning. Bare det er positivt. En sånn positiv ... ja, tilbakemelding eller sånn.. det er litt sånn at når man vet at det finnes der (Lavterskelteamet), så trenger jeg ikke alltid å bruke det. Men jeg vet at det finnes der. Og det i seg selv er en god trygghet."

### **Lite samarbeid med øvrige kommunale tjenester**

Lavterskelteamet oppgir i utgangspunktet en samarbeidsflate mot barnevern og PP-tjenesten, men det samarbeides i mindre grad med disse tjenestene enn en hadde forventet. Det virker uklart hva som kan være årsakene til dette. En teamansatt hadde følgende refleksjon:

"Vi har jo med barnevernet å gjøre, absolutt, men jeg hadde kanskje trodd at vi kom til å ha mer med de å gjøre, og jeg hadde trodd vi skulle ha mer med PP-tjenesten å gjøre enn vi har. Men ... jeg tror det er mange årsaker til dette med barnevernstjenesten, som har vært en vanskelig periode som gjør at de kanskje har vært litt på halvt da. Og vi samarbeider med dem, det gjør vi absolutt. Men jeg synes at det har vært litt rart at vi ikke har hatt mer med de å gjøre. Men sånn er det ..."

**Fastlegen** er ikke sentral når det gjelder teamets arbeid, men kobles eventuelt på – eksempelvis i forbindelse med somatisk undersøkelse. En teamansatt forklarte relasjonen som følger:

"Fastlegen er en av samarbeidspartene. Hvis vi tenker at her bør det henvises (til BUP), så er det jo mange ganger vi henviser, at psykologene hos oss henviser, eventuelt at vi kobler på fastlegen og ber de om å gå dit. Det bør de gjøre uansett, sånn at de får gjort en somatisk undersøkelse, også før henvisning. Men vi henviser selv ganske mange av de som blir henvist."

Tromsø har **psykologer** ansatt i kommunen, og psykolog er også ansatt i Lavterskelteamet. En forskjell, ifølge team-informanten, er at: "Vi er tverrfaglige, og det gjør at vi kan stille bredere enn kommunepsykologer ofte kan."

Oppsummert samarbeider Lavterskelteamet først og fremst med helsesøster og med skole. Samarbeidet med barnevern og PP-tjenesten er ikke så sentralt som forventet. For helsesøster i skolen er samarbeid med Lavterskelteamet nyttig og positivt på flere måter. Hun får diskutert saker med kompetente fagpersoner, hjelp til å definere hjelpebehov, og det gir en trygghet bare å vite at teamet er der, lett tilgjengelig.

## Lavterskel

Tiltaket er definert som lavterskel og bruker Helsedirektoratet sin definisjon av lavterskeltiltak<sup>8</sup> i psykisk helsearbeid. Tiltaket dekker de fleste kriterier for lavterskel, men ikke alle. Det er særlig to dilemma ved modellen. Etter hvert som tiltaket har blitt kjent, og henvendelsene har økt, både fra tjenestene og brukerne, klarer en ikke yte hjelp innen to uker som var målet. Videre er det en diskusjon om hva som er riktig nivå for lavterskeltiltaket, om tjenesten skal ligge på laveste nivå, og sammen med skolehelsetjenesten, eller et hakk høyere.

### *Tilgjengelighet – dilemma med økt ventetid*

Lavterskel handler i stor grad om tilgjengelighet – å fange opp problematikk, og å løse problemet på lavest mulig nivå før det blir mer alvorlig. I dette tiltaket handler det om å være tilgjengelig for å fange opp unge som sliter, herunder også å sørge for hjelp til de som ikke vil ha hjelp. Dette understreker viktigheten av et tett samarbeid med skolen, slik helsesøster påpeker:

"Målet er jo å starte lavest mulig. Målet er å hjelpe dem der de er. Og da er jo skolehelsetjenesten det nærmeste. Så hvis det fungerer ideelt, så er det gjerne sånn at læreren melder inn når de ser at det er noe som rører seg og at de ikke vet helt.. har vært i dialog med foreldre og ... helsesøster, hun sitter i Ressursteam. Man begynner der. (...) Noen ganger er det jo sånn at man kan jobbe gjennom foreldrene også selv om ikke ungdommen vil (møte hjelpetjenester)."

Det ligger i lavterskel at man skal få hjelp uten opphold. I Lavterskelteamet var mandatet å sikre barna hjelp innen en frist på inntil to uker. Mens det i starten ikke var ventetid utover to uker, har det etter hvert blitt lenger ventetid for mange. Dette tyder på at modellen har en viss sårbarhet når det gjelder å opprettholde lavterskel tilgjengelighet. En teamansatt forklarte dilemmaet som følger:

"Så vår oppgave var å sikre at barna fikk tidligere hjelp. Da vi startet opp så hadde vi jo.. det ligger i mandatet at inntil to uker, så skal de kunne få hjelp. Det er ikke sånn nå. Det klarer vi ikke. Så vi må variere litt mellom de da. Noen får jo på to uker, men mange må vente i 3 uker. Og i perioder så var det jo 4 uker. Men det hadde da med sykdom å gjøre. Vi er sårbare når vi kun to og en halv dag i uka. (...) Vi gikk fra lavterskel til å drive ikke så lavterskel lenger."

Helsesøster opplever også at trykket på Lavterskelteamet gjorde at det tok lengre tid å få kontakt med dem:

"Vi opplevde at det var vanskelig å få telefonkonsultasjon. Så var det lenge å vente. Man ble stående i den der køen, opplevde man. Det merket vi, at dere fikk mer trykk, at det var sårbart."

Det handler også om at man etter hvert får behov for å etablere rutiner. I starten hadde man åpen tilgjengelighet på telefon, også for samarbeidende tjenester. Det økte trykket med henvendelser gjorde at man måtte gå bort fra dette. En teamansatt beskrev dette slik:

"I utgangspunktet, det telefontreffet vårt, det skal gå maks en uke. Men så er det jo sånn, hvis man ikke treffer hverandre på telefonen den dagen, så går det jo en uke til neste gang, stort sett da. Hvis det ikke er noe prekært. Så det er klart at det.. vi hadde det sånn at alt var åpent, alle kunne ta kontakt til enhver tid. Det var helt håpløst i starten. Så det med telefon-treffetid, for oss fungerer det. Selvfølgelig, noen er jo kjempeglade at de kan få telefon dagen etter at de har tatt kontakt med oss,

---

<sup>8</sup> Gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid, er billige eller gratis, er tilgjengelige for alle, settes inn tidlig i et forløp eller tidsløp, innbefatter kompetent personale mht. hjelpen som tilbys, har brukervennlige åpningstider, har høy grad av brukerinnflytelse, framstår som et tydelig, seriøst og hensiktsmessig, samt tillitsvekkende sted for innbyggerne å henvende seg.

mens andre må vente en uke. Så det.. det har nok vært vellykket for de aller fleste, bortsett fra når noen hos oss blir syke, så man ikke får gjort det."

### ***Hvor "lav" bør lavterskel være?***

Ifølge informantene pågår det en diskusjon om hvilket nivå Lavterskeltilbudet bør ligge på – om den ligger for lavt. Det diskuteres om en skal bruke de kanalene som ligger i Ressursteam og helsesøster før det kommer til Lavterskelteamet eller ikke. Svaret er blant annet avhengig av hvilke kapasiteter en har på den enkelte skole. Helsesøster reflekterte som følger omkring spørsmålet:

"Har ikke et helt klart svar på det, og det er sikkert derfor diskusjonen fremdeles går. For på de skolene der Ressursteam og strukturen fungerer, så ville det sikkert vært riktig å trekke lavterskelteamet et hakk opp. Det er ikke sånn at helsesøstre sitter i Ressursteam på alle skoler. Det er på en måte målet fra neste år, når de nye retningslinjene kommer på plass i skolehelsetjenesten. Så er målet fra vår side, at da skal vi prøve å få alle helsesøstre i alle Ressursteam på skolene. (...). Vi har ikke nok stillinger for å få dekt opp fra normtallene. Og det er jo trasig. For vi må jo også være nok tilgjengelig da. Så det er en parallell her. Skal lavterskelteamet lenger opp, så må det bygges opp nok her nede til at vi kan være med å gjøre jobben. Det kan ikke være sånn at det er sånn på den ene skolen og ikke på den andre. For det blir uoversiktlig for foreldre og alle som skal forholde seg til det. Så det er flere faktorer her tenker jeg."

Teamansatt på sin side trekker fram begrunnelser for at teamet fortsetter å være plassert på samme nivå ut fra tilgjengelighet og være med å sørge for at hjelpen på lavest nivå fungerer godt:

"Det som jeg også synes er veldig ok med dette teamet, er at foreldre.. den kontakten de tar med oss er veldig, veldig nyttig. Så jeg er jo litt der at vi bør ligge der vi ligger. Rett og slett av hensyn til foreldre, og noen ungdommer, de få av de som selv tar kontakt. Det er ikke mange av dem, men det er noen få. Men spesielt i forhold til foreldre.. der det er strevsomt på skolen, så er det ikke helt greit i samarbeidet, så har de kanskje vært hos helsesøster, det blir ikke annerledes ... så blir det litt klinsj her og der. Og det å få lov til å være den som kan sitte på sidelinja og prøve å få de her sammen.. det er jo.. synes jeg er kjempeviktig. Man har jo foreldre.. når foreldre og skolen kommer i utakt, er det noen som trenger å være en hjelper inn i det. Det tenker jeg at noen må gjøre sammen med dem. Noen må gjøre det alene også. Det er en kjempeviktig jobb at barn må få lov til å uttrykke seg negativt."

Informantene understreket at dette med plassering er viktige tema å diskutere på tvers.

### **Brukerorientering relatert til lavterskel**

Å jobbe lavterskel handler også om å ha brukervennlige åpningstider, og høy grad av brukerinnflytelse. Når det gjelder tilgjengelighet har vi sett at denne har blitt noe dårligere. Tilgjengeligheten til lavterskeltilbudet er uansett vesentlig bedre enn det brukere tradisjonelt møter. Både brukere og tjenester kan ta direkte kontakt på telefon eller e-post. Teamet får mange henvendelser på e-post fra foreldre om at de ønsker kontakt. Dette er en enkel måte for dem å henvende seg på. Man har ikke ført statistikk på det, men inntrykket er at hovedvekten av henvendelser er fra foreldre og helsesøstre, og dernest skolene.

Tilgjengelighet og det å nå de unge er avhengig av informasjon om tilbudet. På spørsmål om hvordan brukere og tjenester har fått vite om tilbudet sies følgende:

"Noen får vite det fra helsesøster, noen fra lærere.. de får jo vite det gjennom andre som har vært brukere, og selvfølgelig de som har vært fornøyde med oss. De anbefaler det gjerne. Så det har nok vært mye jungeltelegraf. Vi har faktisk ikke vært ute annet enn at vi ligger på hjemmesiden til kommunen da. Så vi har jo ridd på en positiv bølge i et års tid."

På spørsmål om i hvilken grad Lavterskelteamet har drevet med oppsøkende virksomhet svarer teamansatt som følger:

"Vi var veldig mye ute i begynnelsen, da var vi på skolen, rundt omkring i Tromsø. Kommunen er jo svær med masse forskjellig, og lange avstander til en del av skolene. Så vi har vært ute. Vi har ikke vært på alle, men vi har vært ute til de lengst av gårde. Men da var det mye tid. Så vi har nok landet på at hvis vi har mulighet til å komme, så ... men så har vi jo helsestasjoner også som er ganske langt unna. Som på Kvaløy for eksempel. Da har det vært en del sånn at vi kan møtes litt på halvveien. På skolene så er det jo gjerne ett eller to møter vi er på på skolene. Det varierer jo selvfølgelig. Men helsestasjonene, skolene og litt hjemme har vi vært. Ikke så veldig mye. Men for noen har det vært veldig bra at vi har kunne komme hjem."

Å være brukerorientert i tjenestene handler blant annet om å være fleksibel, og tilpasse tilbudet til brukere med ulike preferanser og behov. Lavterskelteamets arbeid handler for en stor del om å finne løsninger – også der ungdom ikke ønsker å motta noen form for hjelp:

"Men for de som ikke vil tilbake til BUP, nekter å gå tilbake til BUP, eller ... noen nekter å gå til helsesøster, noen nekter å gå til rådgiver på skolen ... så må vi jo prøve å finne løsninger. Vi er ganske fleksible. Det ender opp med at vi jobber alt for lenge med det enn mandatet vårt tilsier."

Lavterskeltilbudet er også fleksibelt i den forstand at man kan få mer enn de fem samtalepersoner som trenger det i utgangspunktet får. De kan få oppfølgingssamtaler etter en tid dersom det er behov for det – og uavhengig av diagnoser og utredninger i den grad som er tilfelle i BUP. Teamansatt reflekterte slik omkring denne fleksibiliteten:

"Det er jo ikke sånn hos oss at etter 5 samtaler så er det helt stopp, men etter 5 samtaler så kan man jo ta en pause, så kan man vurdere om det er behov for mer. Kanskje man trenger å ha en oppfølgingssamtale om 3 måneder. Så gjør man det. Man trenger ikke å gjøre noe mer, eller eventuelt vurdere henvisning. Det er en veldig fin måte å jobbe på. Vi trenger ikke alle disse utredningene som BUP må gjøre. Vi setter ikke diagnoser her. Vi gjør jo en del kartlegging, bruker deler av de samme kartleggingsverktøyene som BUP bruker (blant annet kliniske vurderingsskjemaer)."

Lavterskelteamet får tilbakemeldinger fra sine brukere om at de setter pris på tilbudet, for eksempel om at det har vært fint å slippe å vente. Teamansatt sa som følger:

"For ventetid gjør jo noe med folk. Det vet vi mye om. (...) Det er veldig mange som sier at de er fornøyde. (...) Nå har vi startet opp med FIT<sup>9</sup>, altså det med tilbakemelding fra brukerne. Og det er vi veldig spent på, om hvordan det vil falle ut. Da vil vi forhåpentligvis få litt mer begrep på hvor fornøyd den enkelte er."

---

<sup>9</sup> FIT står for Feedback Informed Treatment på engelsk og er en arbeidsform med bestemte verktøy utviklet i USA, og som anbefales til bruk i rus- og psykisk helsetjenester i kommunene.

Ifølge Napha settes Feedback-informerte brukere av rus- og psykiske tjenester, og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum. Den terapeutiske alliansen styrkes. Kontinuerlig og umiddelbar tilbakemelding satt i system på denne måten gir utgangspunkt for læring og endring, og sikrer stor grad av brukermedvirkning. Dette gjelder ikke bare for samarbeidet mellom den enkelte bruker og hjelper, men ikke minst også for utvikling av rus- og de psykiske helsetjenestene i sin helhet i kommunen<sup>10</sup>.

### **Veien videre**

Lavterskelteamet skulle bidra til å unngå "siloe" mellom ulike tjenester. Dette oppnår en både i kraft av å representere en tverrfaglig modell med ansatte fra kommune og BUP, og dels ved samarbeid med andre kommunale tjenester. Vi har konstatert at det samarbeides mye med skolehelsetjenesten, men vesentlig mindre med eksempelvis PPT og barnevern. Informantene opplever at samarbeidet har bidratt til mer tverrfaglighet og et felles språk.

"Jeg synes vi har fått et mer felles språk nå. Vi snakket en god del forbi hverandre og å skjønne hva som burde vært prøvd ut på førstelinja. Hva har vi å prøve ut på førstelinja, ikke sant, før det skal videre inn i spesialisthelsetjenesten. Så språket har blitt mer felles."

På spørsmål om det er et suksesskriterium at BUP er med i teamet svarer teamansatt bekreftende på dette, men legger også vekt på at tverrfagligheten innad i teamet er viktig samt at det dreier seg om erfarne folk.

"Jeg tror det er viktig at man kjenner de ulike erfaringene som andre yrkesgrupper har, så man kan hjelpe hverandre. Jeg tenker at vi drar nytte av å ha pedagog og helsesøster sammen med psykologer. Vi er jo heldig å ha to erfarne psykologer også. Det er ingen som er ferske i det å jobbe med barn og unge. Det tror jeg også er kjempeviktig. (..) "

Informantene oppfatter at tiltaket har en god forankring ved at leder for helsetjenestene også sitter i prosjektledelsen. Dette oppfattes som veldig viktig. Man står foran en omorganisering, og vet ikke hvordan "kartet" vil se ut fra høsten av. Saken skal opp i kommunestyret i juni, og deretter implementeres. Ifølge informantene vil det være en diskusjon om Lavterskelteamet skal være underlagt "forebyggende", eller "ressursavdelingen". Dette har noe å si også når det gjelder diskusjonen om på hvilket nivå Lavterskelteamet skal ligge (under forebyggende eller ressursavdelingen). Holdningen, også blant ledere, er ifølge informantene at de bør opprettholde Lavterskelteamet – at dette er en fornuftig måte å bruke ressurser på. En annen grunn til det er at det er få ambulante tjenester på BUP slik det er per i dag.

### **Oppsummering – Lavterskelteamet i Tromsø**

Lavterskelteamets modell, med et samarbeid mellom helsepersonell i Tromsø kommune og BUP, er et tilbud til barn og unge med psykiske vansker. Modellen dreier seg hovedsakelig om avklaring av hjelpebehov, på et tidlig tidspunkt, utarbeide faglig gode kartlegginger/utredninger og å gi korttidsbehandling – eventuelt med oppfølging dersom det er behov for det. Informantene beskriver Lavterskelteamet som et etterlenget og nyttig tiltak. For helsesøster i skolehelsetjenesten gir det god faglig støtte å kunne ta kontakt med teamet og diskutere saker.

Samarbeidet mellom kommunen og BUP er det helt sentrale i modellen. Oppsummert gir dette lettere oversikt over hvilke tjenester som har vært involvert og tiltak som er prøvd ut, raskere avklaring av

---

<sup>10</sup> <https://www.napha.no/fit/> (lesedato: 13.5.17)



hjelpebehov, bredere kompetanse og større faglighet, gjennom kompetanse fra spesialisthelsetjenesten, i de vurderinger som gjøres.

Når det gjelder samhandling med øvrige kommunale tjenester, samarbeider Lavterskelteamet først og fremst med helsesøster og skole. Samarbeidet med barnevern og PP-tjenesten er ikke så sentralt som forventet. For helsesøster i skolen er samarbeid med Lavterskelteamet nyttig og positivt på flere måter. Hun får diskutert saker med kompetente fagpersoner, hjelp til å definere hjelpebehov, og det gir en trygghet bare å vite at teamet er der, lett tilgjengelig.

Tiltaket har etter hvert en utfordring knyttet til målet om "lavterskel" i den forstand at brukerne får hjelp innen to uker. Etter hvert som tiltaket har blitt kjent, og henvendelsene har økt, kan brukere oppleve at det går inntil fire uker. Tiltaket er sårbart i så måte – eksempelvis for sykefravær og permisjoner. Videre er det en diskusjon om hvor "lavt" Lavterskeltiltaket skal være plassert. Skal det plasseres på samme nivå som eksempelvis skolehelsetjenesten eller på et høyere nivå? Dette avhenger av hvor robust tilbudet er på det laveste nivået - eksempelvis om det er opprettet ressursteam eller andre strukturer ved skolene der helsesøster inngår.

## 4.4 Ungdomshjelpa – Lier

### 4.4.1 Beskrivelse av tiltaket Ungdomshjelpa

Ungdomshjelpa er et tverrfaglig lavterskeltilbud, der ungdom selv, pårørende, bekjente, lærere og andre kan henvende seg ved bekymring for en ungdom i målgruppen. Man kan ringe eller sende SMS til Ungdomshjelpa og er garantert å få svar senest neste arbeidsdag. Målet er at tilbudet skal være en tverrfaglig enhetlig tjeneste for ungdom som trenger det mest. Det omfatter unge mennesker mellom 13 og 26 år i risikofylte livssituasjoner med komplekse hjelpebehov, og mer konkret ungdom med funksjonsnedsettelse relatert til psykiske vansker og rusproblemer. Gjennom Ungdomshjelpa ønsker en å bidra til at denne målgruppen får mulighet til å leve et meningsfullt liv og delta aktivt i samfunnet. Prosjektet ønsker å jobbe fram en modell for organisering og drift av ungdomshjelpa som implementeres som en varig løsning i Lier kommune.

#### Tjenester som ytes

Ungdomshjelpa skal ikke tilby nye tiltak, men skal være en organiseringsmodell der hensikten er at de aktuelle ulike aktørene og tjenestene blir mer virksomme sammen. Dette gjøres gjennom et systematisk samarbeid, slik at ungdom får et lavterskeltilbud å henvende seg til. Ungdomshjelpa tilbyr lavterskel psykisk helsehjelp og er et kontaktpunkt inn til hjelpeapparatet. Ungdomshjelpa har oversikt over hjelpeapparatet for ungdom, inkludert kurs og fritidstilbud. Gjennom å være et kontaktpunkt for de unge bidrar tiltaket også til en opplevelse av å bli møtt av en helhetlig og samordnet tjeneste.

#### Organisering

Ungdomshjelpa er bemannet med 2,8 årsverk, hvorav halvparten finansieres over tilskuddsordningen. Kompetansen innenfor disse årsverkene omfatter sosialfaglig, helsefaglig, psykologfaglig, medisinskfaglig og brukerkompetanse (alle i 0,4 prosent årsverk). I tillegg til "annet" (prosjektkoordinator).

Ungdomshjelpa er et samarbeidsprosjekt mellom en rekke parter. Beskrevet i søknad omfatter disse: Lier kommune ved helsetjenesten, psykisk helse, barnevern, habilitering og PPT, NAV, politi, Vestre Viken ved DPS og BUP, fastleger ved tillitsvalgt for fastlegeordningen i Lier kommune, Fylkeskommunen ved PPOT,

samt de frivillige organisasjonene Mental helse ungdom og LPP - Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse.

Konkret er Ungdomshjelpa organisert som et *tverrfaglig team* som jobber sammen en dag i uka, og består av:

- Helsesøster
- Psykolog
- PPT
- Barnevern
- Ungdomsarbeider i Kultur og fritid
- Ungdomsveileder i NAV
- Virksomhet psykisk helse inkludert ruskompetanse
- Virksomhet helsetjenesten inkludert psykisk helse barn og unge

Lier kommune har tilegnet seg tjenstedesignmetodikk som kan brukes i utvikling av modellen. I analyseprosesser og utredning av forslag vil vi benytte oss av SWOT og samskapende prosesser i prosjektgruppa. Ifølge en kunnskapsoppsummering ved kunnskapscenteret i artikkel fra 2014: "Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander " konkluderes det med: "Det er mange verktøy som kan være nyttige ved gjennomføring av organisatoriske forandringer, inkludert analytiske modeller, verktøy for å vurdere om, eller hvorfor forandring er nødvendig, som en SWOT-analyse og verktøy for å lage forandringer, slik som organisasjonsutvikling og prosjekthåndtering. Det er imidlertid nesten ingen dokumentasjon av deres effektivitet. Erfaringer fra samhandlingsprosjekt 13/1573 tilsier at tjenstedesignmetodikk, samskapende prosesser og samhandling om utvikling av organisasjonsmodell gir gode og overbevisende resultater.

### **Brukermedvirkning**

Ungdomshjelpa tilrettelegger for bruker- og pårørendemedvirkning gjennom bruk av individuell plan og systemer for innhenting av brukererfaring/brukertilfredshetsundersøkelser. Sampro vil benyttes i arbeidet med individuell plan. Verktøyene HEVD (Hva er viktig for deg) og KOR vil bli benyttet for å sikre klient- og resultatstyrt praksis. I prosjektet er det utviklet verktøy i samarbeid med brukerorganisasjonene for å sikre informasjonsflyt og gode overganger ved oppfølging av ungdom som sliter med alvorlige psykiske vansker og/eller rusproblemer over tid. Ungdomshjelpa skal implementere disse verktøyene i sin organisering og drift. I prosjektprosessen med å etablere Ungdomshjelpa vil det etableres samarbeid med Mental Helse Ungdom og LPP som likeverdige parter i prosjektarbeidet.

### **4.4.2 Ansattes erfaringer**

Ett fokusgruppeintervju med ansatte ble gjennomført i Ungdomshjelpas lokaler. Her deltok åtte personer. Dette omfattet prosjektkoordinator for Ungdomshjelpa, barnevernspedagog fra Barneverntjenesten, en ansatt i PP-tjenesten, psykolog, helsesøster, ungdomsrådgiver i kultur og fritid, en representant fra ungdomsteamet i NAV Lier og en klinisk spesialsykepleier innen psykisk helse.

### **Brukerinvolvering – ungdomsperspektiv**

Brukerinvolvering, brukermedvirkning og ungdomsperspektiv er sentrale stikkord når det gjelder utviklingen av Ungdomshjelpa. Samtlige informanter var enige om at brukermedvirkning var en avgjørende faktor for at

Ungdomshjelpa fungerer godt. Det har blitt gjennomført arbeidsmøter (workshops) der ungdommene har hatt en aktiv rolle, samt såkalte sofamøter – der ungdommene har gitt innspill på alt fra utforming av brosjyre til utvikling av tjenesten. Ungdommer har også fått tilsendt referat fra møter. I tillegg har Lier kommune etablert et samarbeid med Mental helse ungdom, og de henter råd fra brukerrepresentantene der. Når det gjelder ordinær drift, påpeker flere av informantene at det varierer i hvor stor grad de ulike tjenestene benytter seg av brukerinvolvering. Videre benyttes brukerundersøkelser også i stor grad, men det er usikkerhet knyttet til hvor mange ungdommer som deltar i disse undersøkelsene. En av informantene uttrykte følgende om brukermedvirkning:

"Men vi tenker jo at ungdom skal være med på det meste vi gjør. Sånn at de er med på, vi har ikke lyst til å ha så mye tverrfaglig konsultasjoner uten ungdom med, for at det perspektivet skal være med hele tiden".

### **Tverrfaglig team**

Teamets rolle og tverrfaglighet var også framtrepende faktorer som ble vektlagt av informantene som avgjørende for at Ungdomshjelpa fungerer godt. Informantene mente at teamet etter hvert hadde blitt veldig sammensveiset – og at teamet fungerte godt. Flere informanter påpekte at de trodde en viktig faktor for at de lyktes godt med Ungdomshjelpa var at teammedlemmene ble "håndplukket". De som ble ansatt i teamet var ifølge informantene dedikerte medarbeidere med mye erfaring og brennende engasjement for ungdom. Det ble uttrykt stolthet, eierskap og glede ved å være en del av teamet og prosjektet. Flere informanter sa at de syntes det var spennende å delta i prosjektet:

"Jeg ble glad når jeg ble spurt, ikke sant, og følte at "wow, kult". Og det som jeg syns er ok, er at jeg blir kjent med folk i kommunen som vi allikevel samhandler med".

Ved å jobbe i et tverrfaglig team, opplevde teammedlemmene at de fikk økt kjennskap til hverandres arbeidsmåter. Flere av informantene fortalte at de opplevde at de hadde lært mye de ikke kunne fra før, spesielt om hvordan andre tjenesteytere jobbet, og hvilke rammeverk de forholdt seg til, f.eks. lovverk og faglige ulike tradisjoner. Faste møtepunkter ble ansett av samtlige informanter som svært viktig for at de fikk utbytte og læring av tverrfagligheten som teammedlemmene representerte. En informant sa:

"Fordelen er jo helt klart at vi møtes, fordi jeg er vant til fra barnevernet at jeg må ringe veldig mye rundt og avklare ting, forferdelig mye rundt. Det slipper vi her, her gjør vi det over bordet, og det er jo de samme tjenestene, også da når jeg stort sett jobber under barnevern for å kunne finne en retning, her finner vi flere retninger også".

Informantene beskriver samarbeidet innad i teamet som svært godt, men at det hadde vært en lang prosess for å bli et velfungerende team:

"Og vi jobber jo fortsatt med møtene våre, hvordan vi gjør det sånn helt praktisk med rutiner for å få et sånt felles syn på det. Ja, jobber med å være et team. Vi begynte litt sent med å jobbe med å være et team. Men vi har gjort det nå".

En annen informant fortalte om at de hadde jobbet mye internt i teamet med å oppnå felles forståelse og holdninger. Flere informanter nevnte at de hadde fått innsikt i de andres fagområde og kultur, spesielt gjennom praksis – gjennom de tverrfaglige konsultasjonene med ungdommene. I tillegg hadde det blitt arrangert relevante fagdager, seminarer og konferanser innad i kommunen.

"Det handler jo egentlig om type holdningsarbeid og tenker jeg, i forhold til å skulle endre kulturer og ... Så det første nå har egentlig handlet mye om å lande en felles holdning her, hva vi tenker. Og på en måte få prøve det ut. Dette her er jo en mini-virkelighet, ikke sant, i forhold til at vi representerer ulike virksomheter og kjenner ting her sånn. Og så vil jo disse prosessene være større og sterkere utenfor teamet også, ikke sant, med samhandling og ... Så det er jo det med å prøve å infiltrere utover egentlig, har en holdning og en fleksibilitet og en bevissthet i forhold til hvordan vi kan selge inn de fordelene vi ser da. Selv om det gjør litt vondt i en oppstartsfase."

Brukerinvolvering var også et sentralt virkemiddel når det gjelder samarbeidet innad i teamet. Noen informanter mente at gjennom det å ta utgangspunkt i ungdommenes situasjon, og fokus på et bredt spekter av livsområder, så ble deres egne tradisjonelle "silo"- og fagtenking satt litt mer i bakgrunnen.

Noen informanter nevnte at en grunn til at Ungdomshjelpa fungerte godt, var at det var en klar forankring på ledelsesnivå – og at det var enighet i kommunen blant lederne om at det skulle satses på Ungdomshjelpa. Det ble også nevnt at mye av arbeidet med utviklingen av Ungdomshjelpa bygget på tidligere erfaringer med tverrfaglig arbeid, og at dette var et godt grunnlag for videreutvikling av prosjektet.

### **Lavterskel: raskere hjelp – kortere vei inn**

Flere av informantene trakk fram at en styrke ved Ungdomshjelpa er at det er et lavterskeltilbud. Informantene opplevde at det førte til at det ble kortere veier mellom de ulike tjenestene, og at dette førte til raskere behandling av sakene, med mindre ventetid for brukerne. Informantene mente at ungdomshjelpa bidrar til økt koordinering av tjenester – oversikt – og et mer samlet tilbud. Et eksempel som ble nevnt av en informant, var at ved at teammedlemmene representerte ulike livsområder/arenaer hvor ungdommene befant seg, spesielt fritidstilbudet, ga dette en unik innsikt i hvordan de ulike ungdommene fungerte på ulike arenaer:

"Og fordi du har sett disse ungene fra sider du vanligvis ikke ser de. For der er du, de er der et sted hvor de tilsynelatende er sinnssykt godt fungerende, også avdekkes det noe som det er viktig å ha et ekstra øye på, og så får vi gjort det. Så får vi et mye bedre samla tilbud."

### **Helsefremmende perspektiv og fokus på muligheter**

Flere informanter opplevde at det helsefremmende og forebyggende perspektivet var et viktig grunnlag for utviklingen av Ungdomshjelpa. I den tverrfaglige konsultasjonen som blir tilbudt av Ungdomshjelpa vektlegger de et positivt fokus, og fokus på hva som er viktig for ungdommene framover. Flere av de positive tilbakemeldingene som informantene har fått fra ungdommene, gjelder nettopp dette:

"Også tror jeg at vi har et veldig unikt positivt fokus, også der er negative ting som kommer fram. Fordi vi er ... Det overrasker meg til stadighet, det at vi på en måte suger tak i det positive med en gang, og prøver å dyrke litt på det. Sånn at jeg tror at du føler deg utrolig sett i disse møtene."

### **Utfordringer – videreutvikling av tiltaket**

Når det ble snakk om barrierer for at Ungdomshjelpa fungerte godt, var det mangel på tid og tilgjengelige ressurser som ble vektlagt som de fremste utfordringene. Disse barrierene var fremtredende spesielt ved oppstarten av prosjektet. I tillegg var det flere som mente at det var en utfordring å få oversikt over de ulike tjenestene som var rettet mot målgruppen. Andre barrierer som ble nevnt handlet om mangel på gode

kommunikasjonsplattformer, samt ulike former for dokumentasjonskrav og systemer. En av informantene uttrykte følgende:

"Det handler jo om kommunikasjon i teamet også, ikke sant? Og med den lille tiden som har vært til rådighet. Vi hadde jo trengt mye mer tid bare for å holde hverandre oppdatert på sakene som kommer. Så det har jo klart vært en stor hemske, at man ikke har hatt digitalt mulighet til å logge seg på og til å lese seg opp på saken."

En av informantene fortalte at de hadde fått opplæring i Stafettloggen, men at verktøyet ikke var tatt i bruk. Videre ble ulike regelverk og taushetsplikt nevnt som en utfordring i noen tilfeller, men de fleste informantene mente at dette ikke var en spesielt stor utfordring i det daglige arbeidet. Noen få informanter trakk fram mangel på eierskap til prosjektet som en utfordring. Informantene mente dette skyldes at forankring på ledelsesnivå var noe manglende i noen tilfeller, og at det var uklare spesielt knyttet til implementeringsfasen av prosjektet.

Når det gjelder samarbeidet med tilgrensende tjenester ble det nevnt at det i liten grad hadde forekommet direkte involvering av BUP og voksenpsykiatrien i utviklingen av Ungdomshjelpa. En av informantene uttrykte følgende om samarbeidet med BUP:

"Ja, det er jo tenkt, men vi har jo ikke kommet så lang i forhold til hvordan vi skal samarbeide. Men det var veldig viktig, det ble også sagt. Men, vi har jo kontaktpersoner inn i BUP, så hvis det er behov for korte avklaringer på telefon eller på en måte, vi har tenkt at vi skal prøve de og de tiltakene før vi henviser til dere og hva tenker dere om det, eller ... Den kanalen har vi vært på, det fungerer jo bra."

En siste utfordring springer ut av Ungdomshjelpas organisering. Ungdomshjelpa er et lavterskeltilbud til ungdom og gir hjelp der og da, men har ikke som mål eller mandat å gi oppfølging og hjelp til ungdom over tid. Da skal det ordinære tjenesteapparatet overta. Dette kan oppleves som problematisk, fordi det ofte kan ta tid før de har organisert et godt tjenestetilbud, det kan også være ventetid:

"Vi slipper jo egentlig saken etter en konsultasjon. Vi tilbyr en tverrfaglig konsultasjon, og så er det det de får, og etterpå må folk finne på andre samhandlinger videre, de som har saken. Og da ser vi at den gode samhandlingen foregår ikke videre. Det kan være en tjeneste som blir sånn hoved ... Det finnes ikke sånne team som jobber med saken videre da. Så vi hadde nok trengt og spilt på et annet sånt oppsøkende team som jobber med kompliserte saker over tid da. for det går litt for lang tid for mange tjenester før de lager seg en god ansvarsgruppe da, hvor en virkelig jobber godt sammen."

Slike erfaringer vil kunne være felles for mange som driver lavterskeltilbud litt på siden av det ordinære tjenestetilbudet. Det vil alltid måtte foregå et godt arbeid i kommunen og mellom kommunen og deres samarbeidsaktører for å gi barn og unge et helhetlig og godt sammenhengende hjelpetilbud.

## 4.5 UngArena – Oslo

### 4.5.1 Beskrivelse av tiltak

UngArena er et lavterskeltilbud for ungdom mellom 12 og 25 år som trenger noen å snakke med. Tilbudet er hovedsakelig rettet inn mot ungdommer med psykisk helse- og rusproblematikk, men UngArena er åpent for alle, også om man ikke har slike problemer. Det overordnede målet med UngArena er å nå barn og ungdom som ikke nås av andre tilbud og å tilby hjelp og samtaler på de unges egne premisser. Tilbudet skal altså være lavterskel, og henvisning skal ikke være nødvendig. Det skal være mulighet for drop-in-samtaler.

Videre skal UngArena tilby samtaler med psykolog, andre fagpersoner, erfaringskonsulenter og frivillige. Tiltaket skal sørge for tverrfaglig samarbeid gjennom å legge til rette for samlokalisering av flere tjenester, blant annet NAV, helsestasjon for ungdom og barnas jurist. UngArena skal også fange opp ungdom som har mer alvorlig problematikk, enten det gjelder psykisk helse og/eller rus og trenger behandling. Videre skal tiltaket bidra til å redusere stigma rundt psykisk helse og rus for å gjøre det lettere for unge i målgruppen å oppsøke hjelp, og en skal jobbe for kultur- og holdningsendringer i tjenester som gir tilbud til unge mellom 12 og 25 år.

Tilbudet er by-omfattende, og er lokalisert i Familiehuset i bydel Gamle Oslo på Grønland i Oslo. Ungdommene kan ta kontakt enten via personlig oppmøte, via telefon eller chat ([www.ungarenaoslo.no](http://www.ungarenaoslo.no)) for en samtale. De unge kan være anonyme på chat/telefon, og de ansatte har taushetsplikt. Ut ifra ungdommens behov for hjelp, kan ansatte ved Ung Arena hjelpe de videre til nødvendige tilbud. De unge kan altså komme til UngArena "kun" for en prat, eller de kan bruke UngArena som en del av et mer omfattende tilbud.

Tjenestene som ytes innen tiltaket er som følger (ved rapportering):

- Samtale med psykolog, fagperson, erfaringskonsulent
- Samtale med andre tjenesteutøvere som NAV, helsestasjon for ungdom – involvert etter behov
- Følge ungdom til ulike møter, som til NAV
- Temakvelder
- Mestringskurs i angst og depresjon
- Et sosialt sted å komme for en prat rundt bordet og en kopp kakao

UngArena fikk tilskuddsmidler i 2015, disse ble overført til 2016. UngArena åpnet 11. april 2016 og hadde offisiell åpning 1. september 2016.

### **Organisering/arbeidsmetode**

UngArena bygger på den australske modellen Headspace (<https://www.headspace.org.au/>), som jobber etter prinsipper om tidlig intervensjon/støtte til unge med psykiske plager. Headspace legger stor vekt på bruken av frivillige inn i arbeidet på Headspace-sentrene, ustrakt bruk av sosiale medier og eHelse for å nå grupper som tradisjonelt er vanskelig å fange opp. UngArena jobber etter de samme prinsippene.

UngArena er et samarbeidsprosjekt mellom en rekke parter. Beskrevet i søknaden omfatter disse:

- Mental Helse Ungdom
- Mental Helse
- Lovisenberg Diakonale Sykehus ved Nic Waal (BUP)
- Alle enheter i Bydel Gamle Oslo som har med målgruppen å gjøre
- Helseetaten i Oslo
- Relevante kompetansesentra, forskings- og utviklingsmiljøer
- Frivillige
- Politiet
- Skolene i bydelen

UngArena jobber tverrfaglig og er organisert i et team bestående av erfaringskonsulenter, psykolog, sosialfaglig og helsefaglig kompetanse, samt familierapeut. Tilbudet skal også baseres på helhetlig kunnskapsbasert praksis.

UngArena beskriver i informasjonsbrosjyren sin at de opererer etter sju hovedprinsipper:

- Lavtersketilbud/korttidsbehandling
- Muligheter for anonymitet gjennom chat
- Ung til ung metodikk, erfaringskonsulenter
- Samhandling med frivillige som deltar og er en del av bemanningen
- Tjenestene kommer til ungdommen og er tilpasset deres ønsker og behov
- Sømløs overgang til andrelinjen og tett samarbeid med andre aktuelle tjenester
- Unge kan få en kontaktperson som følger dem så lenge de har behov for det, også etter eventuell behandling.

UngArena beskriver videre at tilbudet de gir skal gis på ungdommens premisser. Tiltaket anvender metoder som narrativ og kognitiv terapi, styrkebaserte samtaler og motiverende intervju. De benytter også Ung til ung metodikk, i form av erfaringskonsulenter som har samtaler med ungdommene.

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er et bærende prinsipp i utforming og gjennomføring av tilbudet på UngArena. Ungdom var involvert før oppstart, i oppstartsfasen og i daglig drift. Ifølge den skriftlige rapporteringen på tilskudd, og som fortalt om i fokusgruppeintervjuet, var ungdom med på å bestemme hvordan de fysiske arealene skulle se ut og hvordan tilbudet på UngArena skulle være. UngArena samarbeidet også med Mental Helse Ungdom og ungdomsrådet i bydelen. Ved oppstart hadde prosjektet også et eget ungdomspanel. Prosjektet ønsker at brukermedvirkning på individnivået skal ivaretas gjennom HEVD (Hva er viktig for deg?)

### **4.5.2 Ansattes erfaringer med UngArena**

Ett fokusgruppeintervju ble gjennomført i UngArenas lokaler. Her deltok ni personer. Dette omfattet leder av UngArena, to erfaringskonsulenter, psykolog og fagperson ved UngArena, helsesøster, en frivillig fra Mental Helse Ungdom og en representant fra Utviklingscenter for psykisk helse & rusarbeid i Bydel Gamle Oslo i tillegg til en ansatt i NAV. Videre ble fire ungdommer intervjuet. I etterkant gjorde vi telefonintervju med en person ansatt ved Nic Waals Institutt og en barnevernskonsulent i Bydel Gamle Oslo. Begge informantene hadde erfaring i samarbeid med UngArena.

Oppsummert omtaler både ansatte og ungdommene UngArena i svært positive ordelag. Det er mange ting som fungerer svært godt, og få ting man ønsker å endre på. Samtidig er det viktig å ha i mente at UngArena er et forholdsvis nytt tiltak som fortsatt må ha rom til å justere tilbudet sitt litt, ettersom de opparbeider seg flere erfaringer. En av ansatt-informantene påpekte at "man har ikke importert en utenlandsk modell. Men man har tatt ideer fra utlandet, og så skal man legge det inn i en norsk kontekst. Det er litt sånt pionerarbeid, hvor går man videre." Likevel ser det ut som tiltaket har blitt bygget på noen kjerneverdier som fungerer svært godt i praksis.

Som nevnt i beskrivelsen av tiltaket over, jobber UngArena etter noen hovedprinsipper. Tiltaket skal blant annet være et lavtersketilbud, det skal benytte ung-til-ung-metodikk, og det skal benyttes frivillige. I intervjuene med ansatte på Ung Arena og deres samarbeidspartnere er det også disse elementene som framheves som særlig viktige. Under presenterer vi hovedfunn fra intervjuene med tjenesteutøvere knyttet til hva som fungerer godt i tiltaket og hva som erfares som utfordrende, det vil si hva en ønsker å jobbe videre med.

## Lavterskel og drop-in

De ansatte beskriver UngArena som en tidlig intervensjon. Det er et lavterskeltilbud der ungdommene ikke trenger henvisning for å komme, og de trenger heller ikke å bestille time. Muligheten for drop-in beskrives som svært viktig, noe som støttes av ungdommene som ble intervjuet. En slik organisering betyr at UngArena når veldig mange potensielle brukere. En informant i referansegruppen pekte på at UngArena med sin bemanning og sin arbeidsform har en unik mulighet til å nå fram til unge mennesker som for eksempel ikke spesialisthelsetjenesten når fram til. "Alle" kan stikke innom og ta en prat, og tilbudet er ikke forpliktende for ungdommene. De ansatte forteller at det også er greit om ungdommen ikke dukker opp til avtalt tid, eller ikke bruker UngArena en stund. Ungdommene får ikke kritikk av den grunn og tas imot med åpne armer når de eventuelt kommer tilbake. Informantene trekker også fram at de mener – og håper – de gir god service til ungdommene. Dette kan handle om å ta en vanskelig telefonsamtale eller fylle ut tunge skjemaer.

Selv om tiltaket beskrives som et frivillig lavterskeltilbud, der ungdommene kan komme bare for å "henge", er det viktig å understreke at UngArena i stor grad formidler kontakt til andre tjenestetilbud. For eksempel til oppfølging innen spesialisthelsetjenesten for de som har behov for tjenester på det nivået. Når det er sagt, påpekes det fra Nic Waals Institutt (den lokale BUP-en) at gjennom sitt lavterskeltilbud treffer UngArena barn og unge som ikke nødvendigvis skal inn i spesialisthelsetjenesten. Ifølge informant ved Nic Waals Institutt har de knapt nok mottatt en henvisning fra UngArena, men flere av ungdommene vi intervjuet hadde allerede et tilbud innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten før de kom til UngArena. Det kan tyde på at UngArena dekker et annet behov enn det spesialisthelsetjenesten gjør og at vi også må betrakte tilbudene som komplementære, ikke bare at det ene leder til det andre.

## Brukerperspektiv og ung til ung metodikk

De ansatte trakk videre fram at det å jobbe sammen med unge, for eksempel erfaringskonsulenter er en styrke ved tiltaket:

"Det å ansette unge med egne erfaringer, det har jo funket uendelig mye bedre enn jeg hadde trodd. Jeg hadde jo tro på det i utgangspunktet, men det er jo det som er scoopet tenker jeg med team UngArena, det er det som treffer ungdommene. Det er det som gjør at vi også kommer i kontakt og får ungdom i prat som vi ikke har nådd noen av oss."

Bruken av sosiale medier er også en sentral del av å ivareta ungdommenes perspektiver. På UngArena brukes sosiale medier hyppig, også som et ledd i utforming av tilbudet:

"Det siste innen brukerperspektiv; vi har fått lære Snapchat, der får vi inn snaps ... Det kan være sånn: "hva skal vi finne på?" Ja, sist "hva skal vi ha til torsdagskos?" Da fikk jeg en snap fra en ungdom, så lagde vi det hun sa. Det var veldig gøy, hun kom jo da."

Generelt sett beskriver informantene i fokusgruppeintervjuet at alt som tilbys av tjenester er på ungdommenes premisser, og brukermedvirkning er en helt integrert del av tilbudet. UngArena er organisert slik at de unge har primærkontakter. De forsøker å matche ungdom og ansatt som har noe til felles, for eksempel interesse for film, musikk osv. Videre beskriver de ansatte at de naturlig nok diskuterer saker seg imellom og hvem som skal følge opp ungdommen (være primærkontakt), men hovedsakelig bestemmer ungdommen selv hva slags tilbud han/hun vil ha.



### **Kunnskapsbasert- og tverrfaglig arbeid**

Et annet sentralt tema som ble tatt opp som en styrke ved UngArena er sammensetningen av ansattegruppen og arbeidsmetodikk. Dette henger også nært sammen med brukermedvirkning, gitt at brukerne både er ansatt i tiltaket og en jobber med stort fokus på brukernes interesser. Oppsummert framheves koplingen av erfaringskonsulenter og fagfolk som en styrke ved UngArena, samt at ansatte har mange ulike fagbakgrunner:

"Av fagpersonene i teamet er det ingen av oss som har samme utdanningsbakgrunn. Og det er ingen av de unge som har samme erfaringsbakgrunn på en måte, sånn at vi er utrolig forskjellige folk. Vi har bare snakket om noen ganger, hvis det er fag, hvis jeg drar på sånn konferanse, det blir så mye fagprat. Men det at alle hele tiden må prøve å formidle på en litt enklere måte hva de tenker: "Hva var det du tenkte da?"

Videre fortalte informantene at de jobber kunnskapsbasert i UngArena, det vil si at man kombinerer forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning (ref.). En av de ansatte (som ikke er erfaringskonsulent) trakk særlig fram at hun syntes det var positivt å få lov til å bruke sine personlige erfaringer i arbeidet:

"Og så tenker jeg det med å anerkjenne erfaringer man har i livet, det. Ikke det at jeg har begynt å jobbe som erfaringskonsulent, men det er godt for meg også. Mennesker opplever vonde ting, du kan faktisk jobbe med det og så er det kompetanse som du har. I hvert fall før så har jeg vært sånn fagperson i et system hvor du kommer på jobb og du er veldig fagperson. Det er litt mer deilig å være seg selv, med den kunnskapen man har, både med erfaringene fra livet og fagkunnskaper, og jobbe mer med det. Så for min del så synes jeg det har vært veldig gøy å bruke noe større mangfold og kunnskap da, og det synes jeg fungerer veldig bra i teamet."

For erfaringskonsulentene vil selvfølgelig bruk av egen kunnskap og erfaringer være helt sentralt i arbeidet, men det er interessant å se at også andre ansatte setter pris på å få bruke hele sitt kunnskapsrepertoar.

### **Gode samarbeidsrelasjoner**

Et siste hovedpoeng i å forstå UngArenas styrker er det som beskrives som gode samarbeidsrelasjoner med en rekke aktører. Flere aktører som Rask psykisk helsehjelp, helsestasjon for ungdom, barnas jurist og NAV er fysisk tilstede på UngArena en dag hver i uka. Ellers har UngArena etablert samarbeid med en rekke andre aktører:

"Vi er veldig fornøyde med de samarbeidene vi har begynt. Altså, nå har vi noen med samarbeidsavtaler og noen som er liksom i system, også har vi veldig mange vi samarbeider med. Vi samarbeider med alle i bydelen. Og mer og mer liksom i sånne fellesmøter med forebyggende tjenester. Så det å tenke litt sånn, ha en felles plan, tenker jeg er veldig viktig."

I intervjuet kom det fram at det er noen samarbeid som bør videreutvikles/styrkes. For eksempel ser man for seg at NAV kan brukes mer effektivt og at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (Nic Waals Institutt) skal videreutvikles. Gitt at UngArena er et byomfattende tiltak, er det aktuelt å samarbeide med flere BUP-er. I tillegg er mange av UngArenas brukere eldre enn 18 år og hører dermed til i psykisk helsevern for voksne. Men det samarbeidet som finnes per i dag mellom UngArena og Nic Waals Institutt beskrives som godt, åpent og med muligheter for videre berikelse for begge parter:

"Samarbeid sånn på det helt overordnede er jo [gjennom] styringsgruppen, og i det daglige er det jo at vi er tilgjengelige for dem hver dag, også på telefon. De kan ringe oss når som helst. De er godt orientert om klinikkens arbeid. De har jo blitt kjent med oss og jeg tenker også at det kan utvikle seg i de årene som kommer."

En informant fra barnevernet ble også intervjuet for å få fram deres erfaringer med UngArena. Informanten fortalte at hun har "henvist" fire ungdommer til UngArena. Da er typisk bakgrunn at ungdommene har det litt vanskelig og at de trenger noen å snakke med, men at det ikke er alvorlig nok problematikk til å henvise til BUP. Det har også vært tilfeller der ungdommen skal henvises til BUP, men siden det tar lang tid å få time, kan UngArena være et fint sted å gå i ventetiden. Hun har også erfaring med at UngArena har motivert en ungdom til å ta imot hjelp fra BUP, og hun har brukt UngArenas erfaringskonsulenter til å snakke med ungdom etter at hun selv har hatt "vanskelig samtaler" med dem. Fra hennes perspektiv er UngArena "et supert tiltak" som hun har svært gode erfaringer med – særlig når det gjelder å hjelpe de "tøffe gutta" (ungdommer) i bydelen.

### **Utfordringer: Videreutvikling av tiltaket**

I intervjuene med ansatte og brukere av UngArena var det svært få utfordringer, eller forbedringspotensial som ble beskrevet. En ting som ble trukket fram gjaldt åpningstidene. To-tre informanter mente at UngArena burde ha lenger åpningstider. For eksempel kan ungdom som går på videregående skole ha problemer med å rekke å bruke tilbudet. En annen ting som ble trukket fram var å klare å balansere mellom å drive en åpen, brukerdrevet tjeneste uten noen form for kartleggingsinstrumenter som man blant annet kan bruke til å måle progresjon og klare å dokumentere en form for effekt av tiltaket:

"Den fine linja mellom å ikke skulle ha 20 spørsmål [kartlegging av ungdom], men samtidig kunne dokumentere hva vi holder på med for å vise at det er liv laga. Vi må ha noe skriftlig, eller statistikk på det også. Sånn som vi jobber ..."

Sitatet peker på et interessant paradoks. Det som virkelig er UngArenas styrke kan også bli en hemske hvis det blir krav om å vise "harde tall" på hvordan tiltaket virker. Helt avslutningsvis ble det også nevnt at kapasitet kan komme til å bli en utfordring på UngArena. Tiltaket er populært og andre tjenesteutøvere/kommuner/FoU-miljøer har vist interesse for dem og vært på besøk. Det blir derfor i framtiden viktig å få roligere tider med full oppmerksomhet på ungdommene og videreutvikle tjenesten sammen med dem.

## 5 Ungdommenes og foresattes perspektiv

### 5.1 Sammensatt hjelpebehov, tidligere erfaring og kontakt med samhandlingstiltakene

Felles for alle ungdommene og foresatte som ble intervjuet i denne evalueringen, var at det i hovedsak var ungdommenes psykiske vansker eller lidelser og deres sammensatte hjelpebehov som var utgangspunktet for at de var involvert i de ulike samhandlingstiltakene. Problemene hadde i de fleste tilfellene gått utover deltagelse eller gjennomføring av skole, og noen av ungdommene fortalte også om utfordringer knyttet til ensomhet og vanskelige familiesituasjoner, med blant annet psykisk sykdom i familien og dårlig økonomi. Ungdommene som ble intervjuet i denne evalueringen hadde hatt ulik grad av kontakt med helsetjenester tidligere; flere ungdommer hadde vært i langvarig behandling hos BUP eller nylig vært hos DPS, og noen hadde ikke hatt noen form for hjelpetilbud tidligere. Kontakten med det aktuelle samhandlingstiltaket ble i to av tilfellene opprettet via fastlege, som sendte en slags henvisning til lavterskelteamene. En annen ungdom ble gradvis overført fra BUP til kommunens samhandlingstiltak, og en ungdom ble henvist via NAV-kontakten – som også var en del av lavterskelteamet. Videre så var det en gutt som hadde fått tips av sin søster om å oppsøke lavterskelteamet, mens en annen ungdom hadde oppdaget tiltaket (lavterskeltiltak) gjennom sosiale medier – en venninne hadde "likt" noe på Facebook-siden til tiltaket. De to foresatte som ble intervjuet hadde erfaring med to forskjellige samhandlingstiltak rettet mot barn og unge med sammensatte hjelpebehov, henholdsvis et lavterskelteam og et samhandlingstiltak som var mer på systemnivå. I begge tilfellene var det ansatte på skolen som først hadde uttrykt bekymring rundt ungdommenes helse, og de ble gjennom dette satt i kontakt med samhandlingstiltakene.

### 5.2 Hvordan opplever brukerne den hjelpen de får?

Ungdommene uttrykte at de var stort sett godt fornøyd med den hjelpen de har fått gjennom de ulike samhandlingstiltakene. Fellestrekk for hva ungdommene og foresatte synes fungerer bra med de samhandlingstiltakene det gjelder er: a) rask behandlingstid, lavterskeltilbud; b) måten de blir møtt på og et mulighetsorientert fokus; c) stor grad av brukermedvirkning og brukerorientering og d) hjelp til å koble på relevante hjelpetiltak. I mindre grad kommer det fram negative aspekter knyttet til tilbudene som ungdommene har mottatt. Noen av ungdommene og de foresatte uttrykte imidlertid at de var misfornøyd med: a) lang ventetid hos spesialisthelsetjenestene og b) noe mangelfull informasjon om tilbudet og veien videre.

### 5.3 Lavterskeltilbud, raskere hjelp – noe annet enn tidligere erfaringer

Ser vi på hva ungdommene og foresatte opplever som styrken med tiltakene, framhever ansatte mange av de samme elementene. Alle informantene syntes det var viktig at det var lite ventetid, at man fikk rask hjelp, og at man ikke trenger å bestille time og at man får hjelp der og da. Flere av ungdommene hadde som nevnt erfaring med andre deler av hjelpeapparatet. De var kritiske til lang ventetid for å få hjelp og flere sa at de trengte hjelp umiddelbart. De kunne ikke vente. En ungdom brukte UngArena litt mer i en periode der vedkommende ventet på å få ny psykolog, og syntes det var greit å komme til UngArena for å få snakket med folk. Det samme var tilfellet for en ungdom som benyttet seg av lavterskelteamet i Tromsø, i påvente av å komme inn i voksenpsykiatrien.

Flere av ungdommene peker på at lavterskel-tilbudene er "noe annet" enn andre hjelpetiltak de har/har hatt. For eksempel fortalte en av ungdommene om motivasjonen for å oppsøke UngArena:

"Jeg ville ha noe litt annet, noe litt mer hvor det var litt mer yngre folk. Jeg snakket med en psykiater som var ganske gammel, og da var det litt sånn at det var ikke alltid alt jeg ville dele med henne da. Og så ikke alt jeg klarte heller å dele med henne. Og så kom jeg hit da og møtte folk som var litt, som var litt mer nær meg i alder, og det var, det var veldig fint."

Også andre av informantene framhevet at det var positivt med et ungt miljø. Dette ble også koplet til at det er unge, med likeartede erfaringer som de selv (eks. erfaringskonsulentene), og det gjør det lettere å snakke åpent med dem. En annen ungdom beskrev sitt møte med UngArena slik:

"Jeg var veldig langt nede, veldig lei av å bli kastet rundt i det offentlige [hjelpeapparatet]. Det er jo det jeg har vokst opp med. Har null tillit til det (...) Ble værende her fordi jeg følte det var annerledes enn alt annet."

#### 5.4 "Måten vi blir møtt på" – mulighetsorienterte ansatte

Når informantene ble spurt om å trekke fram det de syntes fungerte godt ved samhandlingstiltaket, var det flere som nevnte at den måten de ble møtt på var viktig for at de følte seg trygge. En ungdom som hadde vært på tverrfaglig konsultasjon hos Ungdomshjelpa fortalte at han innledningsvis var noe skeptisk til å delta i et møte med mange fagfolk, men at denne oppfatningen raskt ble endret, mye på grunn av den gode stemningen og måten han ble møtt på i det tverrfaglige møtet:

"Jeg er veldig fornøyd med det møtet. Jeg er bare litt usikker på hva jeg egentlig skulle forvente, med alle disse folkene med veldig fancy tittel på jobben. Så da er det litt sånn- Hva skal jeg si? Vanskelig å vite hva vi skulle forvente da. Men jeg synes det gikk veldig bra. Det var enkelt å bare slappe av og sitte ned, og jeg følte at de ville lytte på meg. At de ikke var der for en jobb, de var der for å hjelpe folk" (...). Vi snakket litt om fortiden min, hva som kan være vanskelig, hvordan jeg skal klare å gå videre. Og på slutten snakket vi om hva vi kunne gjøre da, for å få noe til å skje."

Når en annen ungdom (UngArena) skal beskrive hva som er annerledes, trekker han fram at ansatte på UngArena ikke søker etter problemer, men de er opptatt av hvordan en har det. I motsetning til mange i det offentlige hjelpetilbudet som bare er opptatt av å sette diagnoser, er UngArena mer opptatt av å hjelpe deg og se ressursene i enkeltmennesket, opplever han. Dette ble også understreket av ungdommen som fikk hjelp hos Ungdomshjelpa. Han opplevde at de fokuserte på muligheter, basert på det han hadde fortalt. Han syntes det var positivt at de var behjelpelige med å se muligheter og ikke løfte fram og dvele ved negative opplevelser fra fortiden. En annen ungdom understreker den gode stemningen på UngArena. Han framhevet at det er "koselig stemning" og at alle kan snakke med alle. På den måten får man utforsket sine sosiale evner, som man ikke får gjort hjemme. Flere av ungdommene hadde hatt perioder hvor de satt mye hjemme alene på rommet sitt – og var lite sosiale. UngArena representerer derfor et viktig tilbud for de som trenger å øve seg på å være sosiale. Et annet poeng som ble trukket fram i beskrivelsen av UngArena som "noe annet" var at "Det er lav terskel og det er greit å være seg selv. Det er ikke masse "lekser" en trenger å gjøre for å få lov til å fortsette å komme."

Forøvrig beskriver ungdommene gode relasjoner til de ansatte og skryter gjennomgående av hvordan de blir møtt: "Måten de ansatte møter deg på, de er veldig hyggelige". Flere påpeker også at det er fint å ha en fast kontaktperson som følger deg opp, da dette skaper kontinuitet og trygghet. En av de foresatte som ble intervjuet trekker fram at den innsatsen og oppfølgingen som BFT-kontakten hennes har bidratt med, gjennom hele løpet, har vært det mest positive med samhandlingstiltaket (systemnivå). Kontaktpersonen har

fungert, ifølge henne selv, både som et anker og et nav. Videre så understreker forelderen at hun opplever at det kan være veldig personavhengig hvem man møter – om de er villige til å strekke seg det lille ekstra, noe som både er positivt og negativt.

## 5.5 Stor grad av brukermedvirkning og brukerorientering

De fleste ungdommene som ble intervjuet opplevde at de ble hørt, og at de ansatte var flinke til å lytte. Det at de ansatte tok utgangspunkt i "hva er det du vil/hva er viktig for deg" var noe flere av ungdommene nevnte som positivt. En av ungdommene som hadde vært i kontakt med lavterskelteamet hos Ungdomshjelpa uttrykte:

"Jeg fikk inntrykk av at de var ganske interessert i å høre på meg da. Jeg følte meg veldig godt hørt, og de var interessert i å få mye ut av meg. De sa at det var veldig hyggelig å høre på meg, og at det var enkelt å høre på meg. Så det var en veldig koselig tilbakemelding mot slutten. Det var helt konge". De spurte «vil du at vi skal gjøre dette? Er dette noe du vil?» Og jeg synes ideene var ganske gode".

En informant (UngArena) setter pris på at samtalen han har med ansatte er ganske åpne. Med dette kan vi forstå at han får stor påvirkning/medvirkning på hva som kommer ut av samtalen:

"Det at det er ganske åpent gjør at "det er liksom det som får meg til å komme til samtalen. Fordi det er ganske åpent. At hun forstår meg-følelsen""

Noen av informantene har benyttet KOR/FIT og syntes dette var et greit redskap for å gi tilbakemelding på behandlingen. En av ungdommene påpekte at det var bedre å kunne skrive ned hva man syntes om hjelpen, i stedet for å si det direkte til personen.

"Annerledesheten" som ungdommene beskriver over, handler også mye om den sterke følelsen informantene har av å kunne påvirke eget hjelpetilbud. Som nevnt tidligere, får flere av ungdommene hjelp fra andre instanser (f.eks. psykisk helsevern), og har en del kritiske bemerkninger til det. Spesielt gjelder dette lang ventetid og lite medvirkning. Flere av informantene trekker fram muligheten til å kunne styre hva slags tilbud de får og vil nyttiggjøre seg av som noe positivt:

"Det er det som er veldig fint med det stedet at man kan bestemme litt selv hva man vil bruke dem [ansatte] til."

"Hun [ansatt] lar meg på en måte si nei eller ja. Jeg føler ikke at hun evaluerer meg hele tiden."

[Erfaringskonsulenten] sier til meg at han hjelper så godt han kan (...), men at det er mine valg."

En av ungdommene (UngArena) peker på at når vedkommende får være med å bestemme hva han skal gjøre (eller ikke gjøre) føler han seg trygg. I intervjuet framkom det også at informanten ser behovet for at ansatte innimellom "pusher" en ut av komfortsonen. Men de gangene det har skjedd, har ansatte vært snare med å spørre ved neste treff om hvordan ungdommen har taklet det. En annen ungdom (Ungdomshjelpa) satte også stor pris på at de ansatte foreslo løsninger, basert på hva han hadde sagt i den tverrfaglige konsultasjonen – løsninger han selv ikke hadde hatt mulighet til å komme på selv.

I ett av tiltakene (UngArena) var det benyttet erfaringskonsulenter, noe som ungdommene satte stor pris på. En av informantene snakket mye med en av dem om rusproblematikk:

"Hun jeg snakker med om rus, er erfaringskonsulent. Da vet du at hun har vært gjennom det samme. Det betyr veldig mye, i stedet for en som tror han kan det, fordi han har lest seg opp på det."

De to foresatte som ble intervjuet, opplevde personlig mindre grad av medvirkning sammenlignet med hva ungdommene uttrykte. Den ene moren fortalte at det er vanskelig å bli hørt, spesielt av spesialisthelsetjenesten. Hun har ved flere tilfeller opplevd at ansatte i den kommunale tjenesten (BFT) har bidratt inn som "sannhetsvitne" – for at hun skal bli hørt.

"Det har gått veldig tregt også er det litt sånn, det som jeg sitter igjen med fra spesialisthelsetjenesten da, det er at når jeg sier ting så er ikke det helt gyldig. Men når [navngitt person] som også har vært med på møtene gjentar det samme, så blir det veldig riktig og stemmer. Så da er det en helt annen aksept for min opplevelse når hun sier at sånn har det faktisk vært" (...). For det oppleves veldig sånn, for det er ingen som kan komme med noen svar, det er ingen som kan si hva som er tilgjengelig av hjelp. Jeg har jo gjentatte ganger blitt spurt av spesialisthelsetjenesten, hva trenger du? Og hvis at, hvis vi kan tilby noe, hva skal det være? Og når jeg sier hva det er, hva jeg føler at trengs så vet de ikke om det finnes. Og så finnes det ikke eller så vet man, ja det er veldig mye usikkerhet".

## 5.6 Informasjon om tilbudet, og videre forløp

De fleste ungdommene opplevde at de fikk god informasjon om hva samhandlingstiltaket innebar, men det var noen som ønsket å få mer informasjon om hva slags hjelpetiltak som finnes og tydeligere informasjon om tiltaket. En ungdom fortalte at hun ikke vet hva slags tilbud som finnes, så det er vanskelig å vite om hun kunne fått/hatt behov for noe mer. Når det gjaldt de forskjellige tilbudene som gis på UngArena syntes alle ungdommene at ansatte var flinke til å informere om de forskjellige tilbudene, både når det gjaldt innholdet i tilbudet og hvem det var til for. Mye informasjon gis via sosiale medier (Facebook, Instagram og Snapchat), i tillegg til muntlig informasjon på UngArena og tradisjonelt skriftlig informasjonsmaterieell (brosjyrer). Ungdommene opplever altså at de har god oversikt over hva slags tilbud som finnes.

De foresatte uttrykte at de begge kunne tenkt seg mer informasjon om tilgjengelige tilbud. Den ene moren uttrykte at hun kunne tenkt seg litt mer informasjon fra helsetjenestene om datteren, men hun regnet med at dette var vanskelig når det gjelder taushetsplikt og andre hensyn. Den andre moren ønsket mer informasjon om hvilke rettigheter de har med hensyn til NAV og arbeidsliv.

## 5.7 Hjelp til å koble på relevante hjelpetiltak

Den ene moren uttrykte at hun var veldig fornøyd med rask hjelp – og at videre hjelp også raskt ble koblet på. Moren forteller også at hun har opplevd mye venting, spesielt når det er ulike instanser involvert:

"Men det som, det som skjedde der tror jeg litt, det var at BUP satt og ventet på at barneklubben skulle være noe og barneklubben satt og ventet på at BUP skulle noen ting og så ble vi på en måte i et sånt vakuum hvor det ikke skjedde noen ting."

Flere av ungdommene nevnte at de var fornøyd med at andre relevante hjelpetiltak raskt ble koblet på, og at de fikk gode råd om hvilke tiltak/tilbud som kunne være aktuelle for dem. Eksempler på dette var treningstilbud på Frisklivssentralen, behandlingstilbud på DPS, kurs relatert til fritidsaktivitet og hjelp til tilrettelegging av skole.

## 5.8 Forbedringspunkter

I de fleste tilfellene var altså ungdommene i stor grad fornøyd med samhandlingstiltakene, og flere syntes det var vanskelig å komme på noe som kunne blitt gjort annerledes for å bedre tilbudet. Noen ungdommer og foresatte etterlyste mer og tydeligere informasjon om tilgjengelig hjelpetilbud. Det ble også påpekt at det var

utfordringer knyttet til ventetid når andre hjelpetiltak skulle kobles på, spesielt når det gjaldt spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om hva som kunne vært annerledes på UngArena, var det noen få konkrete ting som ble tatt opp. Dette gjaldt et ønske om lengre åpningstider, som ble nevnt av en ungdom. En annen ungdom ønsket seg flere rom, slik at man kunne drive med enda flere aktiviteter og få med enda flere folk. En annen ungdom var opptatt av endring i skolen:

"Hvis du skulle ha tenkt ut tiltak da som kunne ha hjulpet, som har vært, som ikke finnes akkurat nå, og da tenker jeg en annen type skole. For vi er jo ikke de eneste. Altså en annen type skole uten at det blir en skole man blir stemplet som dum eller utafør, fordi man går der. Men at det er en mer praktisk rettet hverdag hvor man ikke har skriftlige prøver eller hvor man ikke har det faglige presset".

En tredje ungdom understreket viktigheten av å ikke gi opp ungdom som i utgangspunktet avviser hjelp – eller som ikke vil snakke som det som er vondt eller vanskelig:

"Hvis du vil hjelpe noen så er det egentlig bare å ikke gi opp. Hvis de sier nei første gang, etter hvert så kanskje de gir inn bare for å få stoppet maset. Hvis du virkelig vil hjelpe noen og de får den følelsen da, at de føler at her er det noen som vil hjelpe meg. Kanskje de ikke vil innrømme det med en gang, men etter hvert så hadde det kanskje ikke vært dumt å ta imot hjelpen. Så kommer de og spør deg «Har du tenkt noe mer på det tilbudet?» En dag så sier de «Jeg kan sikkert prøve» Du kan ikke bare gi dem opp med en gang, for da blir de bare vant til det. (...). Jeg tror egentlig det bare er det å ikke gi opp. Vi ungdommer kan være ganske sta. Og det er ikke alltid vi innser når vi trenger hjelp, egentlig".

## 6 Oppsummering og diskusjon

Hensikten med denne evalueringen har vært å få økt kunnskap om hvordan ulike samhandlingsmodeller rettet mot utsatte barn og unge fungerer. Mer konkret har målet vært å finne ut i hvilken grad et utvalg samhandlingstiltak oppnår målet om mer helhetlige og samtidige tjenester/tilbud fra ulike sektorer og nivåer, rettet mot barn, unge og deres familier. Videre har det vært et mål å belyse hva som utgjør suksesskriterier og hva som er utfordringene i samhandlingstiltakene.

### 6.1 Casestudier i fem tiltak

De fem samhandlingstiltakene som ble valgt ut, ble valgt i samråd med oppdragsgiver. De ble valgt fordi de favnet bredt (bred, generell målgruppe) og fordi de involverte et stort spekter av tjenesteutøvere. Alle tiltakene kan sies å ha den samme overordnede målsetningen, nemlig å skape mer helhetlige tjenester for brukerne. Dette samsvarer med tilskuddsordningens mål. Ved nærmere studie av tiltakene, viste det seg at de er svært forskjellige, og de bruker ulike metoder/verktøy for å nå målet om mer helhetlige tjenester. I resultatkapitlet gikk vi gjennom alle tiltakene og så på tjenesteutøvernes og brukernes erfaringer. I det videre skal vi sammenfatte erfaringene på tvers og utlede faktorer som har bidratt til at tiltakene fungerer godt og hva som har virket utfordrende.

Sammenfattet kan vi si at tiltakene i Nøtterøy og Trondheim kommune likner hverandre ved at de begge opererer på systemnivå i kommunen. Virkemidlene i begge tiltakene for å nå målet om mer helhetlige tjenester er å innføre nye måter å jobbe på i kommunen, og innføre (forbedrede) samhandlingsrutiner med BUP. I Nøtterøy kommunes tilfelle gjøres dette gjennom å jobbe etter BTI-modellen og å implementere en samhandlingsrutine. I Trondheim kommunes tilfelle innfører man et standardisert forløp for barn og unge med bekymringsfullt skolefravær. Felles for begge disse tilnærmingene er fokus på å tydeliggjøre ansvar og klargjøre hvordan en skal handle (presisert gjennom handlingsplan og veiledere).

Tiltakene i Lier og i Oslo har også store likhetstrekk med hverandre. Begge tiltakene er lavterskeltilbud der ungdom kan stikke innom for en prat og for støtte når de har det vanskelig. Ved behov for mer omfattende hjelp må ungdommene få hjelp fra det ordinære tjenestetilbudet, noe flere også har før de kommer til lavterskeltilbudene. Men Ungdomshjelpa og UngArena kan bidra til å hjelpe ungdommene å navigere i tjenestene for på den måten skape bedre sammenheng i et ellers fragmentert tilbud. Begge tiltakene opererer hovedsakelig på individnivå. Lavterskelteamet i Tromsø ligger nærmere tiltakene i Lier og Oslo i utforming, men yter mer spesialiserte tjenester enn Ungdomshjelpen og UngArena ved å kople BUP direkte inn i tilbudet.

Alt i alt er vår vurdering at dette er fem tiltak som alle er viktige og ganske vellykkede. I noen av tiltakene er det få barrierer/utfordringer som trekkes fram, mens andre har litt mer å jobbe med.

### 6.2 Suksesskriterier

#### 6.2.1 Brukerinvolvering og brukerperspektiv

En av de tydeligste suksessfaktorene som blir beskrevet av prosjektdeltakerne er vektleggingen av brukermedvirkning og brukerperspektiv i utforming av tilbudet. Det varierte noe mellom tiltakene hvor sterkt brukerperspektivet ivaretas. I lavterskeltilbudene i Lier og Oslo er brukermedvirkningen svært tydelig, og hele tilbudet er bygget ut ifra hva brukerne ønsker. I Nøtterøy og i Tromsø er brukerperspektivet også svært viktig, og blir ivaretatt blant annet gjennom bruken av KOR/FIT. Ifølge NAPHA setter Feedback-informerte



rus- og psykisk tjenester brukerne og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum. Den terapeutiske alliansen styrkes. Kontinuerlig og umiddelbar tilbakemelding satt i system på denne måten gir utgangspunkt for læring og endring, og sikrer stor grad av brukermedvirkning. Dette gjelder ikke bare for samarbeidet mellom den enkelte bruker og hjelper, men ikke minst også for utvikling av rus- og psykisk helsetjenestene i sin helhet i kommunen.

I Trondheim er per i dag den direkte brukerinvolveringen minst omfattende, men også her understreker man et ønske om sterkere brukerinvolvering, og brukere har vært involvert i prosjektet. Brukerne/ungdommene som ble intervjuet var stort sett fornøyd med hvordan de ble møtt av ansatte, og de opplevde at de ble hørt. Dette gjaldt på tvers av tiltakene. På UngArena har ungdommene selv vært med på å utforme både innhold i tilbudet og den fysiske utformingen av lokalene m.m. Dette opplevdes som viktig, og er et uttrykk for omfattende brukerinvolvering. I tillegg er det ansatt erfaringskonsulenter på UngArena. Disse ble utelukkende omtalt i positive vendinger av ungdommene som brukte UngArena, og ansatte med egen brukererfaring er med på å styrke brukerperspektivet i tjenestene (jf. [helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning](https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning))

Kort sagt – og som forventet – oppfattes omfattende og gjennomtenkt brukerinvolvering som et suksesskriterium for å lage et tilbud som svarer på brukernes behov. Mer interessant er det at tiltakene vi har undersøkt gjennomgående er såpass flinke til å inkludere brukerne og brukerperspektivene. Brukermedvirkning i utforming av tilbudet er et kriterium i tilskuddordningen, og tiltakene ser altså i all hovedsak ut til å oppfylle dette kriteriet.

### 6.2.2 En dør inn

Et suksesskriterium på tvers av de fem tiltakene kan sies å være forsøket på å virkeliggjøre ideen om "en dør inn" i tjenesteapparatet. Nøtterøy har etablert Familiens hus som skal være inngangsporten til alle kommunens tjenester for barn og unge, Tromsø har etablert et fysisk sted for lavterskelteamet. Det samme gjelder for Lier og Oslo; her er det et fysisk lokale som ungdom kan oppsøke. Trondheim kommunes standardiserte pasientforløp er ikke i samme grad en "en dør inn", men det kan samtidig forstås som et verktøy som viser en tydelig vei gjennom tjenesteapparatet "etter at du har kommet inn gjennom døra."

En dør inn kan forstås både bokstavelig og billedlig, og døra kan både være et fysisk lokale hvor tjenestene er samlet, og det kan være enkeltpersoner i form av koordinatører eller andre kontaktpunkt for brukeren. En slik tilnærming er viktig for å skape en opplevelse av helhet og sammenheng i tjenestetilbudet [23].

### 6.2.3 Definerings av ansvar og roller

Alle tiltakene jobber i større eller mindre grad med å definere ansvar og roller i oppfølgingen av ungdommen/familien. I sterkest grad ser vi dette i Nøtterøy og Trondheim der en har jobbet mye med nettopp å beskrive ansvar og påfølgende handling som skal utføres, enten det er gjennom BTI-modellen, skriftlige samhandlingsrutiner eller forløpsmodell. Dette gjelder både internt i kommunen og mellom kommune og eksterne samarbeidspartnere (f.eks. BUP). Informantene trakk fram at tydelig forståelse av egen rolle og ansvar fører til økt forpliktelse til å følge en sak, og "stå i en sak" selv om den er langvarig og vanskelig.

Internt i lavterskeltilbudene i Lier, Oslo og Tromsø ser det ut som en tydelig rollefordeling er mindre relevant. Generelt var det mindre snakk om ansvarsfordeling i disse tiltakene. Heller la man vekt på tverrfaglig arbeid, og på UngArena forsøkte man for eksempel heller å matche ungdom med en han/hun

hadde god kjemi med enn ut ifra yrkesbakgrunn. Resultatene tyder derfor på at for tiltak på systemnivå er definering av ansvar og roller et suksesskriterium, mens det er mindre viktig i lavterskeltiltakene.

#### 6.2.4 Utvikling av felles rutiner

Utvikling av felles rutiner henger nært sammen med definering av ansvar og roller, og kan betraktes som operasjonaliseringen av ansvars- og rolleavklaring. Dette er en klassisk suksessfaktor, identifisert i flere tilsvarende tiltak [5, 6]. Igjen ser vi at dette er et arbeid som gjøres i størst grad – og oppfattes som viktig i størst grad – i tiltakene på systemnivå. Dette er logisk siden kompleksiteten i en kommune og samordning av en rekke tjenester på tvers av hele kommunen, samt mot spesialisthelsetjenesten krever formalisering av arbeidsmåter i form av rutiner. For de mer avgrensede lavterskeltiltakene blir dette arbeidet mindre viktig. Her jobber ansatte side om side og kan i større grad gjøre løpende avklaringer. Samarbeidet med eksterne aktører må imidlertid reguleres gjennom avtaler her også, og det så vi eksempler på i tiltakene. Utvikling av gode samarbeidsrutiner er derfor en suksessfaktor også i denne typen tiltak, selv om rutineutvikling i seg selv ikke er nok.

#### 6.2.5 Tverrfaglig sammensatte team

I lavterskeltiltakene i Tromsø, Lier og Oslo er teamene tverrfaglig sammensatt, og dette så vi at ansatte vurderte som et suksesskriterium for et helhetlig tilbud. I Nøtterøy og i Trondheim er det gjort mindre endringer i bemanningen/sammensetningen av bemanningen som yter tjenestetilbudet, slik at tverrfaglighet får mindre betydning som et suksesskriterium i prosjektet. Men når det er sagt betyr det naturligvis ikke at de andre kommunene ikke gir tverrfaglige tilbud, da inngår tverrfaglig arbeid som ordinær drift i kommunen (ikke under prosjektets rammer). I lavterskeltilbudene vurderes tverrfaglighet som sentralt og nødvendig for å kunne gi helhetlige tjenester til ungdommene.

#### 6.2.6 Kompetanse og kunnskapsbasert arbeid

Å ha god kunnskap om brukergruppen er viktig for å gi et tilpasset tjenestetilbud. Særlig på UngArena snakket informantene om betydningen av å jobbe kunnskapsbasert for å lykkes med tiltaket. Det innebærer, som tidligere nevnt, å anvende elementer fra forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap. Bruken av erfaringskonsulenter kan ses på som en del av implementeringen av brukerkunnskap. Intervjuene gjennomført i evalueringen tyder generelt sett på at deltakerne som er med i tiltakene er over gjennomsnittet engasjerte i temaet og har høy fagkompetanse. Det er gunstig i gjennomføringen av et pilotprosjekt. Det er imidlertid verdt å ha i mente at disse ansatte ikke er representative for alle tjenesteutøverne, og at det er viktig å jobbe med kompetanseheving av hele staben i en implementeringsfase.

Samhandlingskompetanse, det vil si kunnskap om samarbeidspartners kompetanse og det tjenestetilbudet de gir, hvordan man skal kontakte dem osv. er også en viktig kompetanse. Tidligere studier på tilsvarende tiltak har vist at nettopp samhandlingskompetanse er sentralt for å lykkes med denne typen tiltak der aktører fra mange sektorer skal samarbeide [5, 7]. Ansatte i tiltakene vi har studert ser ut til å ha god samhandlingskompetanse, hvilket nok er som forventet, gitt at dette er dedikerte personer som jobber i samhandlingstiltak. I en tidligere studie fant vi at det er viktig at også "vanlige" ansatte opparbeider seg samhandlingskompetanse [5].

### 6.2.7 Fokus på muligheter heller enn diagnoser og problemer

Særlig intervjuene med brukere av tjenestene tyder på at det å se muligheter og ressurser hos de unge, framfor problemer og diagnoser er et suksesskriterium. Oppmerksomhet på mestring ut i fra den situasjonen brukeren er blir derfor viktig for å lykkes generelt med hjelpetiltakene. Anvendelse av recovery-perspektiv er et eksempel på en slik tilnærming, og er også er rådende anbefaling fra helsemyndighetene når det gjelder voksne brukere [24]. Det varierer hvor mye informantene i de forskjellige tiltakene tok opp dette temaet, men i lavterskeltiltakene spesielt (f.eks. UngArena) var brukerne opptatt av dette. Et eksempel som ble trukket fram var at i stedet for å bli kartlagt med "20 spørsmål" som ungdommene mente typisk skjer hos BUP, ville de bli sett på som mennesker med ressurser som har mulighet til å få til mye.

### 6.2.8 Balansere standardisering og skreddersøm

Et annet element som kan ses på som et suksesskriterium, men som ble snakket om i litt mer indirekte vendinger, er balansegangen mellom standardiserte former for hjelp og individuelt tilpassede tilbud. Innføringen av et standardisert forløp for ungdom med bekymringsfullt skolefravær i Trondheim er et eksempel på et forsøk på å organisere oppfølgingen av slike problemer på en ensartet måte på tvers av kommunen. Når det er sagt, er det naturligvis rom for å gjøre individuelle tilpasninger innenfor rammen av en standardisert organisering. I Nøtterøy la man særlig vekt på "skreddersøm" av tiltak til de unge. Det betyr at hver ungdom skal få et tilbud tilpasset egne behov og ønsker. Sammenhengen mellom standardiserte forløp og ivaretagelse av individuelle behov er svært aktuelt i disse dager når vi er på trappene til å innføre standardiserte forløp innenfor psykisk helsevern. Dette er et tema som er verdt å undersøke nærmere.

### 6.2.9 Forankring – og videre integrasjon i ordinært tjenestetilbud

I alle tiltakene var informantene opptatt av betydningen av god forankring av prosjektet hos kommuneledelsen (både politisk og administrativt). Forankring er også en klassisk suksessfaktor, identifisert i andre studier [25, 26]. Også i denne evalueringen finner vi at forankring er viktig, særlig med tanke på videre implementering og drift av prosjektets tiltak. I Nøtterøy kommune fortalte informantene for eksempel at de hadde jobbet grundig med å forankre prosjektet hos kommuneledelsen, og at de hadde løftet spørsmålet om å få opprettet en koordinatorstilling inn i utfordringsdokumentet som er et forarbeid til budsjettarbeid i kommunen. Uten god forankring i kommunen vil det være vanskelig å ta prosjektet over fra pilotfasen til et tiltak i ordinær drift. Forankring er derfor noe som alltid må arbeides med.

### 6.2.10 Lavterskeltilbud

Tre av tiltakene i evalueringen er altså lavterskeltilbud der ungdom kan henvende seg og stikke innom uten avtale. Informantene i de tre tiltakene omtaler denne organiseringen som et helt sentralt suksesskriterium for at ungdommene skal få rask helsehjelp. Det er verdt å merke seg at evalueringen har hatt som mål å si noe om hva som skal til for å skape mer helhetlige og samtidige tjenester. Lavterskeltilbud vil ikke være noen garanti for å oppnå disse målene, men en slik organisering kan særlig bidra til å fylle et hull i tjenestetilbudet før ungdom eventuelt blir henvist til et annet tilbud i kommunen/spesialisthelsetjenesten. Flere av ungdommene som ble intervjuet pekte på at de hadde behov for hjelp "nå" og at de ikke klarte å vente i flere uker før de fikk time hos BUP. I Tromsø opplevde man at det etter hvert ble vanskelig å innfri målet om rask hjelp (innen to uker) fordi henvendelse fra både tjenester og brukere økte ettersom tiltaket har blitt mer kjent. Tilgjengeligheten til lavterskeltilbudet er uansett vesentlig bedre enn det brukere tradisjonelt møter. I organiseringen av lavterskeltilbud vil det også være en diskusjon om hva som er riktig nivå for tiltaket. Skal

tjenesten ligge på laveste nivå, og sammen med skolehelsetjenesten, eller et hakk høyere? Samtidig kan en argumentere for at ved opprettelsen av en ny type tiltak (lavterskel) økes sannsynligheten for fragmentering av tjenestene ved å introdusere enda en enhet. Det blir derfor viktig at de nye tiltakene/lavterskeltilbudene klarer å jobbe godt integrert med de eksisterende tjenestene.

### 6.3 Barrierer

Som nevnt innledningsvis hadde tiltakene møtt et begrenset antall utfordringer og barrierer, som rapportert i intervjuene. Årsaken kan være at de fem tiltakene som ble inkludert i evalueringen blant annet ble valgt nettopp fordi de hadde kommet et godt stykke på vei, og hadde gode erfaringer å vise til. Som vi så i løpet av gjennomgangen over hadde tiltakene gjort mye "riktig arbeid" når det gjaldt viktige suksessfaktorer som brukermedvirkning, rutineutvikling, ansvarsfordeling og forankring m.m. Noen av de største utfordringene er knyttet til arbeidet med å videreføre prosjektet etter at prosjektfinansieringen har gått ut og prosjektet må inn i kommunens driftsbudsjett. I det videre tar vi for oss hovedpunktene som ble beskrevet som utfordringer i det kommende arbeidet med tiltakene.

#### 6.3.1 Inkludering av alle relevante samarbeidspartnere

Tiltakene vi har studert kjennetegnes av at det er en rekke samarbeidspartnere som er inkludert. Hovedsakelig foregår samarbeidet mellom en kommunalt organisert enhet (f.eks. et lavterskelteam) og en eller flere BUP-er, men mange andre aktører er også delaktige. Disse har vi redegjort for i resultatdelen. Likevel framhever informantene at det mangler noen aktører for å utvikle et enda bedre tjenestetilbud. Det varierer veldig mellom tiltakene hvilke aktører som bør integreres bedre i samarbeidet, men blant annet trekkes videregående skole fram. Som nevnt kompliseres samarbeidet mellom Nøtterøy kommune og videregående skole med at skolene kan befinne seg i andre kommuner enn ens egen, og kommunen har heller ingen styring over videregående skoler. I denne samarbeidsaksen ser det dermed ut til å være behov for å finne gode samarbeidsmodeller. NAV er også en aktør som trekkes fram som en man ønsker ytterligere samarbeid med (eks. UngArena). I UngArena har man et formalisert samarbeid med NAV, men ønsker å utvide samarbeidet og bruke NAV på en enda bedre måte. Samarbeid med barnevern er også et ønske fra mange tiltak, og det foregår i varierende grad. I Tromsø er for eksempel samarbeidet med barnevernet mindre enn forventet, mens på UngArena får man til et godt samarbeid med barnevernstjenesten i bydelen. Fastleger er ikke direkte involvert i alle tiltakene, mens f.eks. i Nøtterøy kommune har man inkludert fastlege i prosjektgruppa, og de har stor nytte av legens perspektiver. Oppsummert er det altså en del variasjon med hensyn til hvilke aktører som er aktive i de forskjellige tiltakene, og uteblivelse av noen tjenester kan være en barriere for å utforme et helhetlig tilbud.

Tidligere studier har videre vist at ulike lovverk kan komplisere samarbeidet på tvers av sektorer/enheter [27, 28]. I vår studie finner vi lite tegn til at dette er et problem i seg selv. Det ser heller ikke ut til at taushetsplikt er en nevneverdig barriere mot samarbeid. Informantenes erfaring er heller at unge og foresatte ønsker et best mulig hjelpetilbud / fra flest mulig relevante tjenester, og samtykker derfor i all hovedsak til utveksling av informasjon på tvers av tjenestene.

#### 6.3.2 Organisatorisk kompleksitet i kommunene

Et forhold som i intervjuene ble betegnet som utfordrende var kommunenes interne kompleksitet. Dette kan skape samarbeidsutfordringer, og henger sammen med at det kan være geografiske,- organisatoriske- og strukturelle distanser mellom delene av organisasjonene (jf. [6]). Særlig gjelder dette i større kommuner. I

Trondheim har de forskjellige bydelene organisert seg på noe ulike måter, og av særlig betydning var det at barne- og familietjenesten (BFT) var ulikt organisert. Dette skapte visse utfordringer for BFTs samarbeidspartnere, særlig for skolene når de skulle jobbe sammen med BFT-er i forskjellige bydeler. Det standardiserte forløpet i seg selv reduserer ikke kompleksiteten i kommunen, men viser samtidig vei gjennom jungelen av aktører som skal koples på. At skolene likevel opplevde samhandlingen som komplisert kan tyde på at det standardiserte forløpet i seg selv ikke er tilstrekkelig for å skape helhetlige og samtidige tjenester. I intervjuet ble det ytret ønske om felles møteplasser og en koordinator i forløpet, hvilket kan være en fornuftig løsning. Tidligere forskning har pekt på at felles møteplasser, og det at tjenesteutøverne blir kjent, er viktig for å styrke samarbeidet [6, 26].

### **6.3.3 Implementering – holde engasjementet oppe**

En del av informantene trakk fram at dette er krevende tiltak som fordrer en kontinuerlig motivering og informering om dem til resten av de kommunalt ansatte som jobber med barn og unge. Dette gjelder særlig for tiltakene som opererer på systemnivå i kommunen (Nøtterøy og Trondheim), og skal innføre tiltak som mange ansatte må forholde seg til. Da konkurrerer interessen for prosjektet med en rekke andre pågående tiltak og initiativer, og prosjektledelsen må jobbe med å holde engasjementet oppe hos medarbeiderne. Denne utfordringen var lite tydelig i lavterskeltiltakene. Disse er avgrensede enheter med særlig motiverte ansatte, slik at utfordringen i disse tiltakene heller er knyttet til å få til et godt samarbeid med eksterne samarbeidspartnere (jf. punkt 1 – barrierer).

### **6.3.4 Manglende felles IT-/kommunikasjonssystemer**

En utfordring som ble nevnt av noen informanter er manglende IT-/kommunikasjonssystemer slik at man kan dokumentere og utveksle skriftlig informasjon på tvers av tjenestene på en enkel måte. I Nøtterøy har kommunen tatt i bruk det elektroniske verktøyet Stafettloggen som gir oversikt over brukernes tiltak og hvem som har hovedansvar for brukeren (stafettholder). I Lier hadde man også kjøpt inn systemet, og ansatte hadde fått opplæring, men informantene hadde ikke tatt det i bruk ennå. Det var et ønske fra flere at man burde ha en form for digitalt verktøy slik at man kunne lese seg opp på sakene på tvers av enhetene. Utveksling av pasientinformasjon / informasjon om tjenestemottakere aktualiserer juridiske problemstillinger som vi ikke går inn på her. Men mangelen på felles digitale verktøy kan altså oppleves som en barriere for å yte godt sammenhengende tjenester.

### **6.3.5 Vise effekt av prosjektet**

En annen faktor som er utfordrende er å klare å vise effekter av prosjektet. Særlig relevant blir dette når en skal forsøke å få prosjektet over i ordinær drift etter prosjektperioden. Noen av informantene reflekterte rundt dette. Det er vanskelig å vise til "harde effekter" når det gjelder tiltak som har en forebyggende karakter, og det er i alle fall vanskelig å vise effekt etter kort tid. I noen av tiltakene påpekte man at den viktigste effekten er at de unge er fornøyde med tiltaket, så får en argumentere ut ifra det når en skal jobbe med å finansiere videre drift. Flere av tiltakene har kontakt med eksterne evaluatorene og ønsker å få gjort grundigere evalueringer av tiltakene.

### **6.3.6 Ressurser når prosjektperioden er over**

I forlengelsen av punktet over, er det en barriere for videreføring av tiltakene at finansieringen deres er prosjektbasert. Det framkommer i intervjuene at tiltakene helt avhengig av tilskuddsmidler for i det hele tatt

å komme i gang. For å sikre overgang til videre drift må tiltakene blant annet jobbe politisk for å bli prioritert i kommunebudsjettet. Dette så vi for eksempel at Nøtterøy-prosjektet hadde jobbet godt med. Også i UngArena-prosjektet jobbet man tett med bydel Gamle Oslo for å sikre videre drift.

## 6.4 Konklusjon

Det eksisterer etter hvert mye kunnskap om suksessfaktorer og barrierer for tverrsektorielle tiltak rettet mot utsatte barn og unge. Flere liknende studier har pekt på mange av de samme faktorene som vi har framhevet i denne rapporten (for en oppsummering av faktorer som påvirker tverrsektoriell samhandling omkring utsatte barn og unge, se [29]). Dette økende kunnskapsgrunnlaget bør benyttes ved utforming av framtidige tiltak som har til hensikt å skape mer sammenhengende og helhetlige tjenester for utsatte barn og unge. Gitt at kunnskap om suksessfaktorer og barrierer er økende, vil trolig den neste store utfordringen bli hvordan man skal sikre overgangene fra prosjekt til innlemming i ordinær drift i kommunen. I dag får mange tiltak prosjektmidler fra myndighetene, noe som er viktig for å klare å rette oppmerksomhet mot, og sette i gang aktivitet på, et område. Når prosjektperioden er over begynner imidlertid "kampen" om kommunale budsjettmidler og forhandlinger mellom aktørene, hvem som skal ha ansvar og hvem som skal finansiere den videre driften av tiltaket. Dette ser vi tematisert i en rekke prosjekter som nærmer seg avslutning. I tillegg vet vi at effektene av tiltakene er vanskelig å påvise på kort sikt, siden mange har en forebyggende karakter. Det kan gjøre det ytterligere vanskelig å argumentere for at prosjektet skal prioriteres over kommunebudsjettet. Hvordan kan en så angripe den problematikken? For det første er det sentralt å holde oppmerksomheten på temaet utsatte barn og unge. For det andre vil en vellykket prosjektgjennomføring mest sannsynlig øke sjansen for at aktørene ønsker å videreføre de tverrsektorielle samarbeidskonstellasjonene. For det tredje er det en mulighet for at myndighetene går inn med mer langsiktige tilskudd til prosjekter som fyller udekkete behov, for eksempel lavterskeltak. Slike tiltak ser vi at de unge selv vurderer svært positivt.

## 7 Litteratur

1. Goodman, C.S. and R. Ahn, *Methodological approaches of health technology assessment*. International Journal of Medical Informatics, 1999. **56**: p. 97-105.
2. Brender, J., *Methodology for constructive assessment of IT-based systems in an organisational context*. International Journal of Medical Informatics, 1999. **56**: p. 67-86.
3. Helsetilsyn, S., *Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014: Psykisk helsevern for barn og unge*. 2013.
4. Haycox, A. and T. Walley, *Pharmacoeconomics: evaluating the evaluators*. British Journal of Clinical Pharmacology, 1997. **43**: p. 451-456.
5. Ådnanes, M., Haugen, G.M.D, Melby, L., *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern. Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand*. 2016, SINTEF: Trondheim.
6. Mathiesen, I.o.B., T., *Nettverksledelse for bedre samhandling i offentlig sektor. En studie av Mission Possible-nettverket på Sunnmøre*. 2017, IRIS og NTNU.
7. Kaurstad, G., Backmann, K., Bremnes, H., og Groven, G., *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. 2015.
8. Tobon, J.I., G.J. Reid, and J.B. Brown, *Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives*. Community Ment Health J, 2015. **51**(8): p. 921-30.
9. Andersson, H.W.r., *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. 2005.
10. Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M. og Ose, S.O., *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. 2006, SINTEF.: Trondheim.
11. Ådnanes, M. and S. Steihaug, *Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study*. International Journal of Integrated Care, 2013. **13**.
12. Ådnanes, M. and S. Steihaug, *"You Never Know What Happens Next" - Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year*. International Journal of Integrated Care, 2016. **16**.
13. Adair, C.E., et al., *History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes*. Psychiatr Serv, 2003. **54**(10): p. 1351-6.
14. Sweeney, A., et al., *Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study*. BMC Health Serv Res, 2012. **12**: p. 145.
15. Jones, I.R., et al., *Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers*. Soc Sci Med, 2009. **69**(4): p. 632-9.
16. Durbin, J., et al., *Does systems integration affect continuity of mental health care?* Adm Policy Ment Health, 2006. **33**(6): p. 705-17.
17. Malterud, K., *Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis*. Scand J Public Health, 2012. **40**(8): p. 795-805.
18. Morrow, V. and M. Richards, *The Ethics of Social Research with Children: An Overview I*. Children & Society, 1996. **10**(2): p. 90-105.
19. Kvale, S., *Det kvalitative forskningsintervju*. 2001, Oslo.: Forlag: Ad Notam Gyldendal.
20. Ennew, J., *The Right to be properly researched. How to do rights-based Scientific research with children: a Set of 10 Manuals for Field Researchers*. 2009: Black on White Publications.
21. Grønmo, S., *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2004, Bergen: Fagbokforlaget.
22. Ose, S.o.K., S.L., *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. 2016, Trondheim: SINTEF.
23. Haggerty, J.L., et al., *Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary*. The Annals of Family Medicine, 2013. **11**(3): p. 262-271.
24. Helsedirektoratet, *Veileder i lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne- «Sammen om mestring». Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. 2014.

25. Mathiesen, I.H. and T. Buland, *Nettverksledelse for bedre samhandling i offentlig sektor. En studie av Mission Possible-nettverket på Sunnmøre*. 2017, Stavanger: IRIS Rapport 2017/005.
26. Winsvold, A., *Evaluering av prosjektet: Sammen for barn og unge bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. 2011, NOVA: Oslo.
27. Tobon, J., G. Reid, and J. Brown, *Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives*. *Community Mental Health Journal*, 2015. **51**(8): p. 921-930.
28. Myrvold, T.M. and M.K. Helgesen, *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009: 4*. 2009, Oslo: NIBR.
29. Krane, L., A. Makarova, and P.H. Brøndbo, *Kunnskapssammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge*. 2017, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord: Tromsø.





Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)