



Samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet

Kartlegging og evaluering av utvalgte samordningsmodeller

På oppdrag for Bufdir

Desember 2022

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndigheter, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller for interesseorganisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.

Om NIBR

NIBR er et samfunnsfaglig forskningsinstitutt som ligger under OsloMet – storbyuniversitetet. Vår kjernekompetanse er helhetlige analyser av sted og styring innen utvalgte politikkefelt. Ved å kombinere spisskompetanse på tvers av faglige grenser tilbyr vi nasjonal og internasjonal forskning, utredning og evaluering med stor vekt på relevans for våre oppdragsgivere. Våre kompetanseområder er bolig, by og sted, demokrati og styresett, helse og velferd, klima og miljø, migrasjon og integrasjon, planforskning og regional og territoriell utvikling. Vi har omfattende erfaring med gjennomføring av evaluering av offentlig virksomhet. NIBR har en klar anvendt forskningsprofil med god innsikt i virkeligheten vi analyserer.

Samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet/OE-rapport nr 2022/100

© Oslo Economics, 20. desember 2022

Kontaktperson:

Marit Svensgaard / Ansvarlig partner

msv@osloeconomics.no, Tel. +47 982 63 985

Foto/illustrasjon: iStock.com/ ThitareeSarmkasat

Innhold

Sammendrag	5
1. Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Om prosjektet	10
1.3 Leseveiledning	10
2. Metode	11
2.1 Kartleggingsfasen	11
2.2 Evalueringsfasen	12
3. Samordningsmodeller for målgruppen	16
3.1 Hva er en samordningsmodell?	16
3.2 Samordning av velferdstjenester til utsatte barn og unge	17
3.3 Definisjon av samordnings-modeller i dette prosjektet	18
3.4 Oversikt over kartlagte modeller	19
4. Evaluering av Stillasbyggerne	21
4.1 Overordnet om modellen	21
4.2 Mål	22
4.3 Målgruppe	22
4.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform	22
4.5 Finansiering og kostnader	26
4.6 Erfaringer	27
4.7 Virkninger	31
4.8 Suksesskriterier og utfordringer	33
4.9 Oppsummerende vurdering av Stillasbyggerne	35
5. Evaluering av DUE	37
5.1 Overordnet om modellen	37
5.2 Mål	37
5.3 Målgruppe	38
5.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform	38
5.5 Finansiering og kostnader	42
5.6 Erfaringer	43
5.7 Virkninger	45
5.8 Suksesskriterier og utfordringer	47
5.9 Oppsummerende vurdering av DUE	48
6. Evaluering av FACT ung	50
6.1 Overordnet om modellen	50
6.2 Mål	50

6.3 Målgruppe	51
6.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform	52
6.5 Finansiering og kostnader	55
6.6 Erfaringer	57
6.7 Virkninger	58
6.8 Suksesskriterier og utfordringer	61
6.9 Oppsummerende vurdering av FACT ung	62
7. Fem øvrige samordningsmodeller	64
7.1 Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)	64
7.2 Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna	68
7.3 Grorudmodellen	71
7.4 Nye mønstre – trygg oppvekst	73
7.5 Familiepartner	74
8. Samlet vurdering og læringspunkter	76
8.1 Behov og målgrupper	76
8.2 Sentrale forskjeller i modellenes innretning	78
8.3 Virkninger	82
8.4 Kostnader	83
8.5 Læringspunkter for Bufdirs videre arbeid	84
9. Referanser	86
Vedlegg A Oversikt over gjennomførte intervjuer	90
Vedlegg B FACT ung-team i Norge	91
Vedlegg C Anslag på lønnskostnader i FACT ung-team	92

Sammendrag

Denne rapporten beskriver og vurderer ulike modeller for samordning av tjenester til barn og unge i barnevernet. Målgruppen er barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet. Vi har identifisert tre modeller som vurderes som særlig relevante modeller for samordning for denne målgruppen: Stillasbyggerne, DUE og FACT ung. Disse modellene er konseptuelt ulike, men bidrar på ulike måter til å sørge for bedre og mer helhetlige tjenester til barn og unge.

Barn og unge som får hjelp fra barnevernet har ofte behov for oppfølging fra flere kommunale og statlige velferdstjenester. Dette stiller krav til samarbeid og helhetlig samordning av tjenestetilbudet. For barn og unge med store og sammensatte behov, er det flere ganger vist at det ordinære tjenesteapparatet ikke klarer å gi god nok hjelp. Det er en gjentakende utfordring at disse barna «faller mellom to stoler», fordi deres behov ikke plukkes opp av de relevante hjelpetjenestene. For å unngå dette må ulike tjenester samarbeide om tilbudet til det enkelte barn, på tvers av barnevern, skole, helse, NAV og eventuelle andre aktører i barnets liv.

Fra august 2022 er det innført endringer i velferdstjenestelovene som skal styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. På oppdrag for Bufdir har Oslo Economics og NIBR kartlagt og evaluert eksisterende modeller for samordning av tjenester på individnivå, for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet.

Prosjektet er gjennomført i to faser. Vi har først gjort en bred kartlegging av eksisterende samordningsmodeller som er relevante for oppdraget. Kartleggingen er basert på forespørsler til relevante aktører, tilgjengelig dokumentasjon og enkelte intervjuer. I kartleggingsfasen har vi identifisert og kartlagt åtte modeller som ble vurdert å kunne være relevante. Basert på den innledende kartleggingen har vi, i samråd med Bufdir, vurdert tre av disse modellene som særlig relevante for oppdragets formål og målgruppe. Dette er Stillasbyggerne ved Ahus, DUE og FACT ung. Vi har deretter evaluert disse tre modellene, basert på kvalitative intervjuer med involverte aktører og annen eksisterende dokumentasjon.

Stillasbyggerne

Stillasbyggerne er en barnevernsrettet poliklinikk ved Ahus som jobber med oppfølging av barn og ungdom som er eller har vært under barnevernets omsorg. Stillasbyggerne fungerer som et veiledende og koordinerende ledd som legger til rette for godt samarbeid mellom tjenestene i hjelpeapparatet rundt barna, i tillegg til at de gir psykisk helsehjelp og sosialfaglig oppfølging. Stillasbyggerne ønsker i hovedsak å bidra i saker hvor de ordinære tjenestene ikke kommer i posisjon eller ikke klarer å jobbe fleksibelt nok, og der hvor samarbeidsproblemer er en hovedutfordring. De følger sakene så lenge det vurderes hensiktsmessig, frem til barnet/ungdommen er 25 år. Stillasbyggerne jobber i par, hvor én har psykologfaglig kompetanse og én har barnevernfaglig kompetanse. Disse personene utgjør trygge voksenpersoner som følger barna over tid, som i seg selv bidrar til økt trygghet og stabilitet i barnas liv.

Når nye barn får tilbud om oppfølging fra Stillasbyggerne, blir det innledningsvis gjennomført en kartlegging av barnet og barnets behov, aktørene rundt («stillaset») og hva som skal til for å bidra til økt livskvalitet for barnet. En sentral del av Stillasbyggernes arbeid er å koble på relevante tjenester i oppfølgingen av barna, etablere gode samarbeid og sørge for at de ulike tjenestene bidrar inn. Stillasbyggerne er opptatt av å sette ord på barnets behov og snakke om det med de andre tjenestene, og de definerer hvordan de ulike tjenestene kan hjelpe barnet på vei mot målet og følger opp dette. I møtene og i arbeidet med oppfølgingen bruker Stillasbyggerne teamutviklingsverktøyet 5R, som er en avtale der det for hvert barn blir beskrevet retning, rammer, roller, regler, og relasjoner i samarbeidet. Stillasbyggerne legger også ned et betydelig arbeid i forkant av møtene med de involverte aktørene, i form av koordinering og informasjonsinnhenting, slik at møtene kan ha en operativ karakter der det tas beslutninger.

Informantene vi har snakket med, var enige om at Stillasbyggerne gir et svært godt tilbud til barna, sammenlignet med den oppfølgingen barna ellers ville ha fått. Stillasbyggerne har fokus på å identifisere hva som til enhver tid er barnets sentrale behov og mål, og med utgangspunkt i dette etablere fungerende team rundt barnet med de tjeneste som trenger å samarbeide for at målet skal nås. Å få tjenestene til å jobbe mot et felles mål innebærer i en del tilfeller at tjenestene må jobbe mer helhetlig enn det mandatet som er definert for deres tjeneste tilsier. Enkelte informanter i andre tjenester oppgir at dette kan være noe krevende, i form av ressurser og prioritering i egen tjeneste, til tross for at de ser at det vil gagne barnet.

Den systematiske fremgangsmåten i samordningsmodellen fremstår som en styrke i Stillasbyggenes modell. Ved å sette barnas behov i sentrum, bidrar de til at aktørene får en felles forståelse av barnas behov. Videre gir de aktørene tydelig ansvar og oppgaver, og de følger opp at alle gjør sine oppgaver som avtalt. På denne måten bidrar Stillasbyggerne til å sikre at tjenestene drar i felles retning og at de drar i en retning som imøtekommer barnas reelle behov.

DUE

«Der ungdommen er» (DUE) er et miljøterapeutisk oppfølgingstiltak for barn og unge, som i tillegg koordinerer andre tjenester. Idégrunnet til DUE er å hjelpe ungdom som har behov for ekstra støtte i overgangen til voksenlivet. DUE er et frivillig hjelpetiltak i barnevernet, for barn og unge som bor i hjemmet eller i egen bolig gjennom botiltak. DUE har ikke en fast modell for koordinering av tjenester, men tilpasser koordineringen etter den enkelte ungdoms behov. DUE-modellen er utviklet i Bergen kommune, og er senere også etablert i Bodø kommune. Vi har intervjuet aktører involvert i DUE i begge disse kommunene, men tatt utgangspunkt i modellen slik den er utarbeidet i Bergen.

I DUE får hver ungdom oppfølging fra en fast koordinator med miljøterapeutisk kompetanse. Koordinatoren velges for å «matche» ungdommenes behov, for eksempel med lignende interesser eller bakgrunn. DUE-koordinatoren skal være en stabil voksenperson som ungdommene kan knytte seg til, som bidrar til trygghet og stabilitet i ungdommenes liv. Varigheten av DUE er i utgangspunktet begrenset til 1–3 år, og tiltaket har fokus på å gjøre ungdommen selvstendig nok til selv å kunne følge opp og nyttiggjøre seg ordinære voksentjenester på sikt. Oppfølgingen har et helhetlig perspektiv og bidrar til å gi ungdommene bedre forutsetninger for å håndtere egne liv, og dermed også bedre forutsetninger for å leve gode voksenliv.

Samordningen i DUE er basert på at de hjelper ungdommen med å avdekke sine behov, hvilke rettigheter de har og å sette dem i kontakt med det ordinære tjenesteapparatet. Intensiteten i oppfølgingen skal tilpasses funksjonsnivået til den enkelte ungdom. Oppfølgingen fra DUE skal være fleksibel og ha brukeren i fokus. Koordinatoren kan for eksempel hjelpe ungdommene å bestille timer og avtaler hos tjenestene, følge ungdommene til disse avtalene og oppmuntre og støtte ungdommene i bruken av tjenestene. Koordinatorene kan også bidra til å aktivere andre tjenester, ved å ta direkte kontakt med dem og være et talerør for ungdommenes behov. Dermed bidrar DUE til at ungdommene i større grad får tjenestene de har behov for og at tjenestene tilrettelegges rundt ungdommenes behov. DUE bidrar i tillegg til å initiere felles møter med aktører for flere tjenester, når det er behov for det, slik at ungdommene får mer helhetlig oppfølging fra det samlede tjenesteapparatet.

DUE tar en lignende rolle som Stillasbyggerne ved å koordinere det ordinære tjenesteapparatet. Samtidig skiller modellen seg i stor grad fra Stillasbyggerne. Det er både ved at DUE er koblet til et spesifikt, og tidsavgrenset barneverntiltak (miljøterapeutisk oppfølging), som innebærer noen føringer for målgruppe, koordinatorenes kompetanse og varigheten av tiltaket. I tillegg har ikke DUE en like systematisk metode for koordinering av tjenesteapparatet som Stillasbyggerne har. DUE tilpasser fremgangsmåten for samordning i hvert enkelt tilfelle. Der Stillasbyggerne inntar en mer styrende rolle og legger press på andre tjenester, er DUE i større grad en støttespiller for at ungdommen selv skal klare å manøvrere seg gjennom tjenestene de har behov for.

DUE skiller seg også fra Stillasbyggerne og FACT ung ved å ikke ha noen direkte tilknytning til helsetjenesten. I de to sistnevnte er psykologfaglig kompetanse eksplisitt en del av modellen, mens DUE i større grad bygger på miljøterapeutisk fagkompetanse. Dette speiler også variasjonene i målgrupper, der barna i målgruppen til både Stillasbyggerne og FACT ung har behov for psykisk helsehjelp. DUE tar i utgangspunktet ikke inn ungdommer med alvorlige psykiske lidelser, men samtidig vil mange av ungdommene i DUE også ha et stort behov for psykisk helsehjelp. Tilgang til psykiske helsetjenester er derfor også av stor betydning for disse, og DUE-modellen gir, i mindre grad enn de andre modellene, sikkerhet for at ungdommene får tilgang til psykisk helsehjelp.

FACT ung

FACT ung skal gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til ungdom mellom 12 og 25 år. Mens DUE og Stillasbyggerne er modeller for å samordne det ordinære tjenesteapparatet, foregår samordningen i FACT ung i et separat, tverrfaglig sammensatt team som gir tjenester og dermed erstatter flere av de ordinære tjenestene. I modellbeskrivelsen av FACT ung er det anbefalt at teamet har en teamleder, en merkantilt ansatt, en barne- og ungdomspsykiater, en barne- og ungdomspsykolog, en familierapeut, en brukerspesialist/erfaringskonsulent, en arbeids- og utdanningsspesialist, samt ansatte med annen helse- og sosialfaglig bakgrunn (for eksempel sykepleier, vernepleier, sosionom, spesialpedagog, barnevernspedagog eller musikkterapeut). Det er også anbefalt at teamet har ansatte som kan fylle funksjonene som russpesialist og rehabiliteringsspesialist.

Erfaringskonsulentene skal ha egen erfaring fra lignende utfordringer som ungdommen i målgruppen til FACT ung sliter med. Målgruppen for FACT ung er ungdom med funksjonssvikt innen områder som psykisk helse, skole, familie og rus, samt med behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer. FACT ung følger også opp barn i barnevernet som er innenfor inklusjonskriteriene. FACT ung er under utprøving og foreløpig implementert i 18 kommuner/bydeler. Vi har evaluert FACT ung slik det er implementert i to kommuner, samt sett til foreliggende beskrivelser, utredninger og evalueringer av FACT ung fra NAPHA, NKROP og Helsedirektoratet.

FACT ung-teamenes oppfølging skjer etter henvisning fra ordinære helsetjenester, barnevernet eller andre tjenester. Et av FACT ung-teamene vi har sett på har begrenset henvisningsmuligheten til lege eller klinisk psykolog. Det blir innledningsvis gjennomført en kartlegging av alle ungdommer som henvises. Gjennom kartleggingen skal teamet få kunnskap om ungdommens utfordringer, styrker og ressurser, samt mål. Basert på kartleggingen tilpasser FACT ung-teamene oppfølgingen av ungdommen. Teamene yter egne tjenester som skal være koordinerte og helhetlige, men de skal også koordinere tjenester fra det øvrige tjenesteapparatet. Avhengig av ungdommens behov for oppfølging, vil intensiteten i oppfølgingen variere over tid. FACT ung-teamene er opptatt av å bygge en god relasjon til ungdommen, og de kan «matche» ungdommen med en person i teamet som de tror vil få god kontakt med ungdommen. FACT ung-teamene kan følge opp ungdommene frem til de fyller 25 år.

Sammenlignet med Stillasbyggerne og DUE er det en fordel med FACT ung-modellen at flere tjenester kan samordnes internt i teamet. Når ulike tjenesteytere jobber så tett i samme team, gir det grunnlag for mer informasjonsdeling, en bedre forståelse av brukerens behov og utarbeidelse av tiltak som i større grad treffer brukerens behov, altså samordnede tjenester på et dypere nivå.

Et viktig element i FACT ung-modellen er også tjenestenes fleksibilitet, ved at de er et oppsøkende team som dermed kan tilpasse oppfølgingen til ungdommens behov, både når det gjelder tid og sted. Det er ikke slik helsetjenestene vanligvis fungerer, og for mange ungdommer med sammensatt problematikk er det vanskelig å nyttiggjøre seg helsetjenester nettopp fordi de er lite fleksible i innretningen. FACT ung-modellen gir helsetjenester på ungdommens premisser, og sikrer dermed i større grad at ungdommene får den helsehjelpen de trenger.

Samtidig er FACT ung modellen i mindre grad rigget for å samordne tjenester utenfor teamet. Både barnevern, skole og NAV som vedtaksmyndighet ligger utenfor teamet, og samordning med disse krever derfor en annen form for samordning enn innad i teamet. Foreløpige erfaringer tyder på at det kan oppstå utfordringer i samordningen mellom FACT ung og barneverntjenesten. Det er behov for avklaring av roller, kompetanse og ansvar mellom disse to tjenestene, både for at barnevernet skal kunne henvise ungdommer til FACT ung og for å få til helhetlige tjenester for ungdommene mens de følger opp av FACT ung-teamet.

Drøfting og læringspunkter

I utvikling av samordningsmodeller er det viktig å ha fokus på at hensikten med samordning er å gi bedre og mer helhetlige tjenester til det enkelte barn. Det innebærer også at vurderingen av hvilken samordningsmodell som fungerer best for målgruppen bør ta utgangspunkt i hvilke behov målgruppen har og dermed hvilke tjenester som skal samordnes. Vi har ikke kartlagt dette eksplisitt, men erfaringene som fremkommer i evalueringen tyder på at det særlig er kommunalt barnevern, skole, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) og NAV som er viktige tjenesteytere for disse barna. Det fremstår dermed som særlig viktig å finne modeller som får til en god samordning av disse tjenestene.

Det er tidkrevende å komme til en faglig enighet og samordne tiltak og planer på tvers av tjenester. Jo flere tjenester og faglige perspektiver som kobles på, dess mer tidkrevende kan samordningen antas å bli. Jo mer komplekse behov ungdommene har for tjenester, og jo mer differensierte tjenestene er, dess viktigere vil det være å ha egne koordinerende tjenester som bidrar til et helhetlig tjenestetilbud.

Evalueringen identifiserer følgende momenter som bør vektlegges i vurderingen av samordningsmodeller for målgruppen:

- Det koordinerende tiltaket bør ha tilknytningspunkter til de mest relevante tjenester for målgruppen, som særlig synes å være 1) barnevernet, og 2) psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan det være en fordel at det koordinerende leddet er atskilt fra barnevernets vedtaksmyndighet, slik at koordinatoren blir en nøytral part.

- Det koordinerende leddet må kunne etablere en trygg og stabil relasjon med barnet, for å bidra til at barnet kan fortelle åpent om sine behov, samt for å legge til rette for brukermedvirkning og tillit. Dette krever en viss oppfølgingsintensitet over tid. Det er trolig en styrke med et fåtall faste kontaktpersoner.
- Det er en fordel at samordningsmodellen har en definert struktur, eksempelvis bestående av følgende elementer: kartlegging av barnets sentrale behov og sentrale aktører rundt barnet som kan bidra til å møte behovene, rutiner for å etablere en felles forståelse for barnets behov og nødvendige tiltak for å møte behovene, rutiner for å avklare ansvar og oppgaver for de ulike aktørene, rutiner for å følge opp at de ulike aktørene gjennomfører avtalte oppgaver, og modell for samordning, med gitte aktiviteter og opplegg for møtevirksomhet.
- Tydelig avklaring av de ulike tjenestenes roller og oppgaver er viktig for en effektiv samordning. Koordinatorleddet bør ha en pådriver-funksjon for tjenestene, men samtidig balansere behovet for tydelighet og samarbeid.

1. Innledning

Bufdir skal utrede ulike modeller for samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Oslo Economics og NIBR har kartlagt samordningsmodeller for denne målgruppen og evaluert de tre mest relevante samordningsmodellene for målgruppen.

1.1 Bakgrunn

Barn og unge som får hjelp fra barnevernet har ofte behov for oppfølging fra flere kommunale og statlige velferdstjenester, noe som stiller krav til samarbeid og samordning både på individ- og systemnivå (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). Samordning av tjenester skal sikre et helhetlig tilbud til brukere med komplekse behov (Bjørkquist, 2019). De siste tiårene er fragmenteringen av offentlig sektor satt på dagsorden, og stadig flere peker på hvordan såkalt siloorganisering motvirker samarbeid på tvers av sektorer, tjenester og styringsnivå (se for eksempel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Peters, 2015; Røvik, 1998; Christensen & Lægreid, 2007; Helgesen, 2019).

I skjæringspunktet mellom ulike aktører oppstår det ofte utfordringer med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for barn og unge. For barn og unge med store og sammensatte behov, er det flere ganger vist at det ordinære tjenesteapparatet i mange tilfeller ikke klarer å gi god nok hjelp (Barneombudet, 2020; Riksrevisjonen, 2021; Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester, 2020; FAFO, 2020; Helsedirektoratet, 2017; IPSOS, 2018).

En kartlegging av tverrsektoriell samhandling om utsatte barn og unge innen helsesektoren, utdanningssektoren, arbeids- og velferdsforvaltningen og barne- og familievernsektoren, viste at ni av ti tjenester opplevde behov for bedre samarbeid (IPSOS, 2018). Manglende samarbeid kan føre til at barnas behov ikke blir avdekket tidlig nok, og at barn og unge ikke får den hjelpen de trenger. I saker med flere involverte aktører kan det også være en utfordring at ansvaret skyves mellom tjenesten, at informasjonsdelingen fungerer dårlig, og at ingen tar ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester (FAFO, 2020).

En norsk studie viser at 76 prosent av barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner kvalifiserte til minst en diagnose innen psykisk helse, men kun en tredjedel av disse fikk psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten (Kayed, 2015). I mange tilfeller er det en utfordring at BUPs (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) rammer begrensene fleksibiliteten i tjenestene, og at både barn, ungdom, foreldre og behandlere opplever at tjenesten ikke klarer å tilpasse hjelpen i tilstrekkelig grad til det enkelte barns livssituasjon og behov. I oppfølgingen av barn med psykiske helseplager kan det være en utfordring å avklare ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og å se tilbudet fra de ulike tjenestenivåene i sammenheng (Barneombudet, 2020).

En utfordring som blant annet er beskrevet av Helsedirektoratet, er at økende spesialisering i tjenestene og siloorganisering gjør tjenestetilbudet mer fragmentert. Ulike ansvarsområder og lovverk i de ulike tjenestene kan også bidra til dette. Videre kan det være en utfordring at tjenestene har ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier, og det kan være uklart hvem som skal betale for tiltakene (Helsedirektoratet, 2017).

Dersom relevante virkemidler for barn med sammensatte behov skal fungere, vil det være avgjørende at barnevernets arbeid integreres i det øvrige tjenestetilbudet til samme målgruppe. Tjenestene må samordne tilbudet til *det enkelte barn* på tvers av barnevern, skole, helse, NAV og eventuelle andre aktører i barnets liv.

Fra 1. august 2022 er det innført endringer i velferds- tjenestelovene som skal styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge, og deres familier, gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. Endringene innebærer blant annet en harmonisering og styrking av reglene om samarbeid og individuell plan, innføring av samordningsplikt for kommuner, innføring av en rett til barnekoordinator, samt utvidelse av helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler (Kunnskapsdepartementet, 2021). I forbindelse med regelendringene, er det også utarbeidet en veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022).

Barne- og familiedepartementet (BFD) har gitt Bufdir i oppdrag å vurdere ulike modeller for samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Bufdir skal utrede modeller for samordning av tjenester til denne målgruppen på individnivå og

komme med anbefalinger om hvordan de kan styrke arbeidet med samordningen. Utgangspunktet for å anbefale tiltak eller modeller for samarbeid er allerede eksisterende modeller for samordning som har som målsetting å gi barn i barnevernet et mer helhetlig og koordinert tilbud.

1.2 Om prosjektet

Oslo Economics og NIBR har fått i oppdrag fra Bufdir å kartlegge og evaluere eksisterende modeller for samordning for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Med relevante samordningsmodeller menes modeller for samordning på individnivå, altså modeller som gir samordning av tjenester til det enkelte barn. Aktuelle tjenester som inngår i samordningsmodellen kan befinne seg i ulike sektorer og på ulike forvaltningsnivåer, for eksempel barnehage, skole, NAV, PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste), BUP, øvrig spesialisthelsetjeneste med mer.

Målgruppen for prosjektet er barn og unge som bor utenfor hjemmet. Dette kan omfatte barn som barnevernet har overtatt omsorgen for (jf. Barnevernloven, 1992, § 4-12), barn som er frivillig plassert utenfor hjemmet (jf. Barnevernloven § 4-4 sjette ledd), barn som er plassert i institusjon med eller uten eget samtykke på grunn av alvorlige atferdsvansker (jf. Barnevernloven § 4-26 eller § 4-24), barn som er flyttet midlertidig ut av foreldrehjemmet på grunn av en akutsituasjon enten på grunn av omsorgssituasjonen i hjemmet eller barnets egen atferd (jf. Barnevernloven § 4-6 eller § 4-25 annet ledd). Målgruppen kan også omfatte enslige mindreårige asylsøkere som bor i omsorgssentre (jf. Barnevernloven § 5A-1).

Oppdraget er gjennomført i to deler. Første del av oppdraget har vært en kartlegging av eksisterende samordningsmodeller, med formål å identifisere og beskrive eksisterende modeller for samordning av tjenester til målgruppen. I denne fasen har vi kartlagt åtte modeller som er vurdert som relevante for prosjektet. Andre del av oppdraget har vært å evaluere et mindre utvalg av modeller som er vurdert som de mest relevante modellene for prosjektets formål. De tre samordningsmodellene som er valgt ut til evalueringen er Stillasbyggerne, DUE og FACT ung. Utvalget av disse tre modellene er gjort i samråd med Bufdir.

For de åtte kartlagte samordningsmodellene har prosjektet hatt til hensikt å besvare følgende spørsmål:

- 1) Hvilke målgrupper er tiltakene rettet mot?
- 2) Hva er de overordnede målene med tiltakene?
- 3) Virker tiltakene i tråd med målet?
- 4) Hvilke barrierer og suksesskriterier spiller inn på virkningene av tiltaket?
- 5) Hva er positive og negative virkninger av tiltakene?

For de evaluerte modellene har vi belyst disse spørsmålene med bruk av tidligere litteratur og dokumentasjon om modellene og intervjuer med ansatte i de berørte tjenestene. For den ene modellen, DUE, har vi også gjennomført brukerundersøkelser i samarbeid med de ansatte i tiltakene, som en del av en annen, pågående evaluering av kommunale botiltak, hvor DUE-modellen også inngår. Informasjonen om de resterende kartlagte modellene er i hovedsak hentet fra eksisterende litteratur og dokumentasjon, supplert med enkelte intervjuer. Beskrivelser av virkninger og suksesskriterier for disse modellene er begrenset til det som fremkommer i tidligere dokumentasjon.

Prosjektet er gjennomført i perioden august til desember 2022.

1.3 Leseveiledning

Rapporten er strukturert som følger:

- Kapittel 2 beskriver den metodiske innretningen og datakilder som er benyttet i prosjektet.
- Kapittel 3 drøfter innholdet i begrepet «samordningsmodell» med utgangspunkt i litteraturen på dette temaet, definerer hvordan vi tolker begrepet i dette prosjektet, og gir en oversikt over samordningsmodellene som er vurdert som relevante for oppdraget.
- Kapittel 4 beskriver resultater fra evalueringen av Stillasbyggerne.
- Kapittel 5 beskriver resultater evalueringen av DUE.
- Kapittel 6 beskriver resultater evalueringen av FACT Ung.
- Kapittel 7 beskriver resultater fra den innledende kartleggingen av fem øvrige samordningsmodeller.
- Kapittel 8 drøfter forskjellene mellom de tre evaluerte modellene og læringspunkter for det videre arbeidet med samordningsmodeller for målgruppen.

2. Metode

Prosjektet er gjennomført i to faser. Vi har først gjort en bred kartlegging av eksisterende samordningsmodeller som er relevante for utlysningen. Kartleggingen er basert på forespørsler til relevante aktører, tilgjengelig dokumentasjon og enkelte intervjuer. Deretter har vi valgt ut de tre modellene som er mest relevante for prosjektets mandat og evaluert implementeringen av disse i minst to ulike kommuner/bydeler. Evalueringen er basert på kvalitative intervjuer og annen dokumentasjon.

2.1 Kartleggingsfasen

Kartleggingsfasen er også gjennomført i to deler. Først gjennomførte vi et bredt søk for å identifisere aktuelle tiltak og modeller, deretter har vi innhentet informasjon om relevante modeller gjennom dokumentgjennomgang og enkelte intervjuer.

2.1.1 Søk etter relevante samordningsmodeller

Utgangspunktet for kartleggingen var syv ulike samordningsmodeller som Bufdir hadde identifisert i oppstarten av oppdraget. Utover disse syv ønsket vi å kartlegge andre eksisterende samordningsmodeller som kunne være relevante. Vi har gjennomført søk etter samordningsmodeller på internett. Vi har også sendt ut forespørsler via e-post og/eller telefon til aktører i, eller tilgrensende til, barneverntjenesten, hvor vi har bedt aktørene oppgi relevante modeller som benyttes lokalt i Norge. Forespørslene er sendt til det kommunale og statlige tjenesteapparatet, samt organisasjoner for brukere og pårørende:

- Bufetats regionkontorer
- RKB
- RBUP
- NUBU
- NOBO
- NAPHA
- KS
- Statsforvalterne
- Landsforeningen for barnevernsbarn
- Barn av rusmisbrukere
- Organisasjon for barnevernsforeldre
- Norsk fosterhjemforening
- Stillasbyggerne

I den utsendte forespørselen ba vi om tips til eksisterende modeller for samordning mellom barnevernet og andre tjenester. Vi beskrev den aktuelle målgruppen for oppdraget, men nevnte også at vi var interessert i modeller som inkluderte bredere målgrupper, som for eksempler utsatte barn og familier mer generelt eller barn og unge med psykisk helseplager og sammensatte behov. Videre definerte vi samordningsmodeller som alt fra enkle tiltak, som rolle- og rutinebeskrivelser, eller systemer for informasjonsdeling, til mer ressurskrevende tiltak, enten med egne koordinerende ledd som kommer i tillegg til det ordinære tjenestetilbudet, eller tiltak som også inkluderer tjenesteyting i tillegg koordinering. Vi påpekte at ulike kommuner og tjenester trolig har innrettet seg med ulike modeller for samordning, og at vi ønsket å kartlegge modeller som er definert og utprøvd i én eller flere tjenester, hvor det også kan tenkes å finnes dokumentasjon på modellens innhold/aktiviteter. For å unngå å motta tips om modeller vi kjente til, listet vi opp de samordningsmodellene som vi hadde identifisert. Vi understreket at vi tok imot tips både på e-post og telefon.

I etterkant har vi fulgt opp nettsøkene og tipsene med seks korte telefonintervjuer med ansatte i ulike samordningstiltak, andre tjenester og KS. De fleste vi tok kontakt med kjente ikke til andre samordningsmodeller eller -tiltak, men mange kjente til de modellene vi hadde nevnt i forespørselen.

Vi har også gjennomgått lister over prosjekter som har fått tilskudd fra Bufdirs tilskuddsordning til utviklings- og samhandlingsprosjekter i barnevernet i perioden 2013–2022¹, og vurdert om noen av disse prosjektene innebærer utvikling eller implementering av relevante samordningsmodeller. Videre har vi gjennomgått en oversikt over utviklingsprosjekter i kommunale læringsnettverk som har fått tilskudd til dette fra Bufdir. Basert på disse gjennomgangene har vi ikke identifisert noen samordningsmodeller som er relevante for prosjektet, utover Familiepartner som allerede var identifisert.

2.1.2 Kartlegging av identifiserte modeller

Gjennom søket har vi identifisert åtte samordningsmodeller som er vurdert som relevante for prosjektet. I kartleggingens andre del har vi gått gjennom og oppsummert tilgjengelig dokumentasjon om hver av disse modellene. Omfanget av dokumentasjon varierer i stor grad mellom modellene. For flere av modellene finnes det en del dokumentasjon på retningslinjer for gjennomføring (metodehåndbøker, veiledere osv.). Her

¹ Det inkluderer ikke 2015, da Bufdir ikke hadde en tilsvarende oversikt for det året.

beskrives ofte formålet med modellen, målgruppen slik den er tenkt, og retningslinjer for hvordan modellen skal benyttes. Hvordan modellen brukes og fungerer i praksis er imidlertid et annet spørsmål, som avhenger av lokal implementering og som dermed kan variere mellom ulike kommuner og regioner. For noen av tiltakene finnes det noe dokumentasjon på dette også, i form av evalueringer som belyser implementering og erfaringer, men disse begrenser seg til erfaringer med tiltaket på noen utvalgte lokasjoner. Det er heller ikke alltid i disse godt dokumentert hvordan modellen er brukt i praksis, og dokumentasjonen gir derfor ikke nødvendigvis et godt bilde av hvilke brukergrupper som modellen benyttes på og hvilken arbeidsform som benyttes lokalt. Dette gjør at det i denne fasen ikke har vært mulig å svare detaljert på alle spørsmålene oppdragsgiver ønsker besvart.

For de modellene vi har vurdert som relevante for evalueringsfasen har vi gjennomført enkelte intervjuer med fagpersoner og ansatte som har brukt modellen, for å innhente mer informasjon om de praktiske forholdene lokalt. Disse intervjuene har primært blitt brukt for å samle inn informasjon om modellens relevans for målgruppen og oppdraget. Vi har i denne fasen gjennomført telefonintervjuer med ti fagpersoner og ansatte, som berører fem modeller; to intervjuer om FACT Ung, tre om Helse Fonna-modellen, tre om BTI, ett om Stillasbyggerne og ett om Grorudmodellen.

2.1.3 Utvalg av modeller til evalueringen

I kartleggingsfasen utarbeidet vi et notat med beskrivelser av de åtte identifiserte modellene, samt vår vurdering av modellenes relevans for prosjektet. Basert på dette notatet har vi i samråd med Bufdir valgt ut de tre modellene som vi har ment er mest relevante for prosjektet. Disse tre modellene er tatt med videre til evalueringsfasen.

2.2 Evalueringsfasen

I evalueringsfasen har vi gjennomført separate evalueringer av de tre utvalgte modellene: Stillasbyggerne, DUE og FACT ung. Hensikten med evalueringen har vært å innhente ytterligere dokumentasjon om de fem spørsmålene som prosjektet

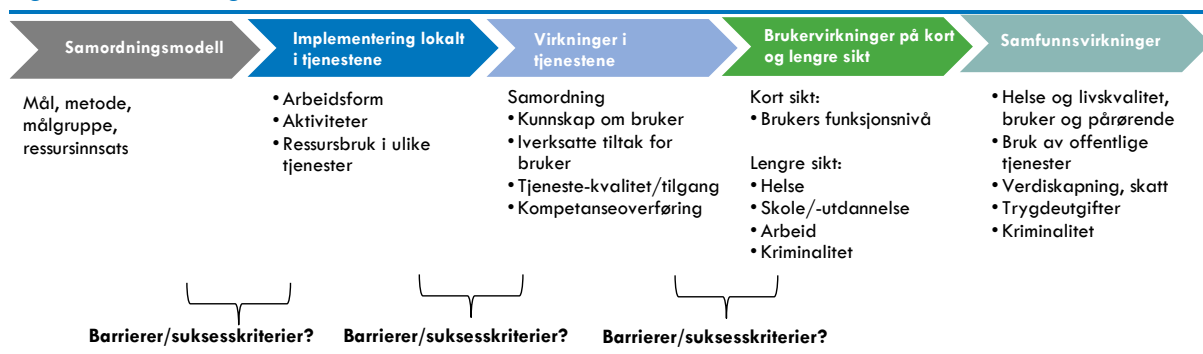
skal besvare for hver modell (se kapittel 1.2). Det er særlig spørsmålene om virkninger og suksesskriterier det har vært viktig å vurdere i evalueringsfasen, da kartleggingen, som primært var basert på gjennomgang av tidligere dokumentasjon, i liten grad var egnet til å svare på disse spørsmålene. I tillegg har vi i evalueringen vektlagt å belyse hvordan modellene er innrettet og brukt i praksis. Evalueringen av hver modell er i hovedsak basert på en rekke intervjuer med involverte aktører, samt en ytterligere gjennomgang av annen relevant dokumentasjon.

For de modellene som er implementert flere steder (DUE og FACT ung), må vi forvente at modellene er innrettet noe ulikt lokalt. Slike ulikheter i lokal innretning kan tenkes å ha stor betydning for virkninger og suksesskriterier, og slike sammenhenger vil derfor være viktig å belyse når vi skal vurdere modellenes overførbarhet til andre kommuner. For de to modellene som er implementert flere steder har vi derfor studert implementeringen i to ulike kommuner/bydeler. Den siste modellen, Stillasbyggerne, er kun implementert ett sted (Ahus), men treffer likevel samhandlende tjenester i flere kommuner/bydeler. I evalueringen av Stillasbyggerne har vi innhentet informasjon fra flere kommuner, for å belyse hvordan ulikheter mellom kommuner som treffes av modellen kan påvirke innretningen og virkninger av modellen.

2.2.1 Analytisk rammeverk

Vi har definert en resultatkjede for evalueringen av virkninger og suksesskriterier/barrierer. Resultatkjeder er en metode som benyttes i mange effekt-evalueringer, og beskriver hvordan et tiltak er tenkt å lede til bestemte typer virkninger gjennom en stegvis prosess. Ved å innhente informasjon som dokumenterer de ulike stegene i prosessen, kan vi vurdere hvorvidt det er sannsynlig at det ene steget faktisk har ført til det andre. Suksesskriterier defineres som momenter som bidrar til at det ene steget faktisk fører til det neste i kjeden. Evalueringsens resultatkjede er illustrert i Figur 2-1.

Figur 2-1: Evalueringsmodell



Illustrasjon: Oslo Economics

Modell og implementering

Resultatkjeden starter med en gitt samordningsmodell. Modellen vil stort sett definere mål, målgruppe, hvem som skal involveres og hvilke ressurser som kreves. Neste steg er implementering av modellen i en gitt kontekst, som oftest vil være i en gitt kommune/bydel. Modellen må da gjerne tilpasses den konteksten den skal implementeres i, og ofte vil man lokalt måtte ta en rekke valg. Det vil være valg om blant annet organisatorisk tilhørighet, sammensetning av ansatte, og hvordan samordningen skal foregå i praksis gjennom arbeidsmåter og aktiviteter. Når modellen er implementert i en gitt lokal setting, betegner vi det her som et tiltak. Ofte vil implementeringen lokalt være avgjørende for hvilke virkninger tiltaket får. Modellene vil kunne være ulike i hvor detaljerte føringer som gis for den lokale implementeringen, men kommunene/bydelene vil også kunne tilpasse implementering utover føringene i modellen. I evalueringen er det derfor viktig å avdekke hvordan det enkelte tiltaket har innrettet samordningen lokalt. Når vi går fra samordningsmodell til et gitt tiltak, så er det tiltakene vi evaluerer og ikke samordningsmodellen som sådan.

Virkninger i tjenestene

Neste steg i resultatkjeden er å studere virkninger av tiltaket, først i tjenestene, som antas å føre til virkninger for brukerne, som til slutt antas å føre til virkninger på samfunnsnivå. Vurderingen av virkninger i tjenestene innebærer å vurdere om tiltaket har ført til samordning av tjenester i praksis, og hvordan. Hvilke prosesser fører de spesifikke aktivitetene i tiltaket til i tjenestene, og hvordan treffer dette tjenestene som leveres til brukerne? God samordning skal bidra til at brukerne får et koordinert og helhetlig tilbud av de tjenestene de har behov for. Samordningen kan for eksempel føre til at brukerne i større grad får tilgang til tjenester de har behov for, at tjenestene har bedre kunnskap om brukernes behov og dermed gir bedre kvalitet i tjenestene eller at det gis andre tjenester enn ellers.

I vurderingen av virkninger av samordningen vil vi se det opp mot den kontrafaktiske situasjonen, hvordan ville samordningen fungert og hva ville vært konsekvensene for brukeren uten samordningsmodellen? Det innebærer å vurdere hvordan tjenestene alternativt ville ha jobbet med samordning.

Brukervirkninger

Neste steg er å vurdere hvilke konsekvenser samordningen har for brukerne, både på kort og noe lengre sikt. Bedre tilgang til og kvalitet i tjenestetilbudet antas å gi brukerne bedre forutsetninger for å fungere godt i hverdagen, for eksempel i forhold til skole, helse, nettverk eller bolig. Det vil variere mellom brukere hvilke virkninger tiltaket har for tjenestetilbudet og også hvordan tjenestetilbudet påvirker den enkeltes funksjonsnivå. Virkninger på brukernivå vil vurderes på bakgrunn av vurderinger fra informantene, som primært er ansatte i tjenestene. Virkninger for brukerne vil derfor være mer usikre enn virkninger i tjenestene.

For hvert av disse stegene i resultatkjeden vil vi identifisere sentrale suksessfaktorer og barrierer som fremmer eller hemmer virkninger fra det ene steget til det andre.

Et bedre funksjonsnivå for brukerne på kort sikt må vi anta at vil gi brukerne bedre forutsetninger for å leve gode liv også på lenger sikt. Langsiktige virkninger for brukerne vil kunne være bedre helse, deltakelse i skole og arbeid, økonomisk selvstendighet og redusert behov for offentlige tjenester over livsløpet.

Samfunnsvirkninger

I den grad tiltakene bidrar til positive virkninger for brukerne, vil det også medføre positive langtidsvirkninger for samfunnet som helhet. Bedre livskvalitet og funksjonsnivå vil gi bedre livskvalitet for pårørende og nettverk. Økt arbeidsdeltakelse vil gi økt verdiskaping og skatteinngang, reduserte offentlige trygdeytelser, og redusert risiko for kriminalitet.

Desto lengre ut i resultatkjeden vi kommer, desto mer usikre blir imidlertid virkningene, særlig fordi flere, og

en rekke ukjente, faktorer også vil spille en rolle i utviklingen. I denne evalueringen har vi fokusert på virkninger i tjenestene og brukervirkninger på kort og mellomlang sikt. Det er imidlertid godt grunnlag for å anta at positive virkninger på kort og mellomlang sikt, for eksempel i form av bedre funksjonsnivå i hverdagen, helse og skoledeltakelse, også vil føre til bedre helse og økt arbeidsdeltakelse på lang sikt for målgruppen som helhet.

2.2.2 Informasjonsgrunnlag

I evalueringsfasen har vi innhentet ytterligere informasjon om tiltakene, gjennom kvalitative intervjuer og gjennomgang av annen relevant dokumentasjon. Evalueringen er også basert på dokumentasjon om modellene og tiltakene som ble innhentet i kartleggingsfasen.

Intervjuer: Vi har intervjuet ansatte i tiltakene, ansatte i andre tjenester som samarbeider med tiltakene, og enkelte brukere. For de tre modellene har vi til sammen gjennomført intervjuer med 39 informanter. Av disse har 16 vært ansatte i tiltakene lokalt, og 19 har vært ansatte i andre tjenester som har vært involvert i tiltakene lokalt. Av andre tjenester har vi intervjuet ansatte i barnevernet, psykiatrisk spesialisthelsetjenester/BUP, kommunale helsetjenester, NAV, oppfølgingstjenester, skoler, og enkelte andre som har vært relevante samarbeidsaktører lokalt. I tillegg har vi intervjuet to personer som representerer målgruppen, samt to fagpersoner som har kunnet uttale seg om modellene mer overordnet. Noen av informantene har hatt bred erfaring med den aktuelle modellen, mens andre har hatt erfaring med modellen fra oppfølgingen av ett eller noen få barn. Se Vedlegg A for oversikt over gjennomførte intervjuer.

Intervjuene er gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. I forkant av intervjuene har vi utarbeidet en intervjuguide med oversikt over spørsmål og tema som vi ønsker å drøfte i intervjuet. Intervjuguiden er tilpasset de ulike gruppene av informanter. Informantene har fått tilsendt intervjuguiden på forhånd. I intervjuet er spørsmålene tilpasset gjennomføringen. Ikke alle spørsmål har vært relevante for hver informant. Videre har vi stilt oppfølgingsspørsmål underveis, der dette har vært relevant.

De fleste intervjuene er gjennomført digitalt, på Teams. Enkelte intervjuer er gjennomført over telefon eller fysisk, dersom informantene har foretrukket dette. Det er i hovedsak ansatte i modellene som har hjulpet oss med å identifisere relevante informanter. Det innebærer at det kan være seleksjon i hvem som har blitt invitert til intervju, og det kan også være seleksjon i hvem som har valgt å takke ja. Dette er alltid en utfordring ved intervjuundersøkelser. Selv om informantene i hovedsak har fortalt om positive

erfaringer med modellene, har det også vært noen mer blandede erfaringer. Informantene har også fortalt hva de ser på som forbedringsmuligheter for modellene.

Annen dokumentasjon: Vi har gjennomgått tilgjengelig dokumentasjon om modellene og tiltakene som er implementert, både i kartleggingsfasen og i evalueringsfasen. Dokumentasjonen beskriver særlig modellenes metodiske innretning. Det finnes i mindre grad tidligere dokumentasjon om hvordan de ulike modellene er implementert lokalt. Dette har vi i større grad belyst gjennom intervjuene. Under lister vi opp hvilke dokumenter vi har benyttet for hver av de tre modellene i evalueringen.

Dokumentasjon om Stillasbyggerne:

- Stillasbyggerne (2022): Plan for videreutvikling av Stillasbyggerne på Ahus. Kortversjon rapportering til Bufdir på tilskuddsmidler for 2022.
- Stillasbyggerne (2021): Et godt liv. Tjenestebeskrivelse av Stillasbyggerne. Barnevernrettet poliklinikk, Akershus universitetssykehus.
- RBUP (2021): Ungdommens stillas. En kartlegging og beskrivelse av tjenesten Stillasbyggerne samt ungdommers og samarbeidspartneres erfaringer.
- Oslo Economics (2021): Samfunnsøkonomisk analyse av Stillasbyggerne, Akershus universitetssykehus.
- Akershus universitetssykehus (2018): Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst.
- Ljønes, I.M. & Tessand, H.E.S. (2014): Hvordan fange opp og følge opp risikoutsatte barn i Skedsmo kommune. Handlingsveileder for ansatte som er i kontakt med barn (0–6 år) i familier preget av rus, vold og/eller psykisk helseproblematikk.
- Tessand, H.E.S., (2012): Hjelpen – lav terskel, høy kompetanse. Erfaringer fra kommunepsykologisk praksis i Ski kommune.

Dokumentasjon om DUE:

Parallelt med denne evalueringen har Oslo Economics og NIBR gjennomført en evaluering av kommunale botiltak, hvor DUE slik det er implementert i to ulike kommuner har vært to av tre evaluerte botiltak. I det oppdraget er DUE evaluert som et kommunalt botiltak, mens DUE i dette oppdraget er evaluert som en samordningsmodell. De to evalueringene har et overlappende behov for informasjon om innretningen av tiltakene, og mye av informasjonen om DUE er hentet fra intervjuer og dokumentasjon som vi har fått i den andre evalueringen.

I den andre evalueringen har vi i samarbeid med tiltakene gjennomført en brukerundersøkelse rettet mot brukere i tiltaket høsten 2022. Funn fra den undersøkelsen er også inkludert i denne evalueringen. Undersøkelsen inneholder spørsmål om brukernes opplevelser av hvordan tiltaket virker og hvordan samordningen av ulike tjenester virker. Undersøkelsen ble sendt til alle brukere i tiltaket som hadde vært i tiltaket minst tre måneder. I tillegg ble en tilsvarende undersøkelse sendt til disse brukernes koordinatorene. Koordinatorene ble bedt om å vurdere hvordan tiltaket og samordningen fungerer for hver enkelt bruker. Undersøkelsene ble sendt til brukere og koordinatorene via tiltakene selv, og svarene ble sammenstilt av tiltaket og deretter sendt til oss i aggregert format. Det vil si at vi ikke har kunnet identifisere hvilke brukere som har svart på undersøkelsen eller koble svar på ulike spørsmål fra enkeltbrukere. Totalt har 58 brukere og 80 koordinatorene svart på undersøkelsen.

I den andre evalueringen har vi også gjennomført fysiske heldagsbesøk i de to kommunene, hvor vi har hatt egne arbeidsmøter med ledelsen og egne arbeidsmøter med en gruppe ansatte koordinatorene i tiltakene. Fra disse besøkene har vi fått detaljert informasjon om arbeidsmåten i tiltakene. For evalueringen av DUE som en samordningsmodell har vi likevel hatt behov for å gjennomføre egne intervjuer med de ansatte i tiltakene. I disse intervjuene har vi drøftet hvordan koordinatorene jobber med samordning og hvordan dette fungerer.

I tillegg til brukerundersøkelse og intervjuer har vi benyttet følgende dokumentasjon om DUE:

- DUE Metodehåndbok (2012): Tiltakets egen metodehåndbok fra 2012, utarbeidet av DUE

Bergen, som beskriver mål, målgruppe, metode og sentrale forutsetninger.

- DUE Evalueringsrapport (2006): DUEs egen evalueringsrapport fra 2006, med beskrivelser av bakgrunn, målsetting, organisering, arbeidsprosesser og økonomi.
- Oslo Economics og NIBR (2022): Evaluering av tre kommunale botiltak.

I tillegg har vi benyttet informasjon om DUE fra nettsidene til Bergen kommune (2022) og nettsiden Veiviseren (2022).

Dokumentasjon om FACT Ung:

- NKROP (2022): Evaluering av FACT ung-piloter
- NKROP (2022): Modellbeskrivelse FACT ung
- NKROP og NAPHA (2022): FACT ung. Praktiske råd gjennom forprosjektene.
- NKROP og NAPHA (2021): Utredning om FACT ung i Norge
- NKROP og NAPHA (2017): Utredning om potensialet for ACT- og FACT-team i Norge, samt vurdering av eventuelle tilpasninger av ACT- og FACT-modellene til områder med store avstander og lav befolkningstetthet.
- Helsedirektoratet (2021): Svar på: Anbefalinger etter utredning FACT-ung [Brev til Helse- og omsorgsdepartementet]
- Helsedirektoratet (2022a): ACT-, FACT- og FACT ung-team.
- Helsedirektoratet (2022b): Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester.

Vi har også hentet informasjon om bruken av FACT ung fra nettsidene til NAPHA.

3. Samordningsmodeller for målgruppen

Det er utviklet og implementert ulike lokale modeller for samordning på individnivå, og disse skal bidra til at de lovpålagte samarbeidspliktene oppfylles. Det er slike modeller som kartlegges og evalueres i dette oppdraget. Vi har kartlagt åtte slike modeller for samordning som er vurdert relevante for prosjektet. Basert på en innledende kartlegging av disse åtte, har vi valgt ut tre av disse som særlig relevante for målgruppen.

3.1 Hva er en samordningsmodell?

Mange brukere av velferdstjenester har sammensatte og gjenstridige problemer² som krever samordning på tvers av profesjoner, tjenester og styringsnivå (Bjørkquist, 2019). Samtidig foregår tjenesteytingen innenfor et fragmentert organisatorisk apparat som i liten grad er underlagt sentrale koordinerende mekanismer og institusjoner (Østerud & Selle, 2003). Årsaker og mulige løsninger har vært tema i forskningen, forvaltningen og politikken (Andreassen, 2019; Bjørkquist, 2019; Difi, 2014; Hanssen, et al., 2008; Helgesen, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Lægreid, et al., 2015; Statens helsetilsyn, 2009).

Mens fragmentering forklares med henvisning til ulike utviklingstrekk innenfor offentlig administrasjon og tjenesteyting, slik som rettsliggjøring, økende spesialisering, samt profesjonelle og kulturelle barrierer, er det stor enighet om at samordning og koordinering er sentrale virkemidler for å motvirke organisatoriske og profesjonelle grenser i tjenesteapparatet (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019; Christensen & Lægreid, 2007; Hanssen et al., 2008).

Samordning og samarbeid er begreper som kan være overlappende i denne sammenheng. I veilederen «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier» omtales samarbeid både på systemnivå (uten at det er knyttet til en enkelt sak) og i enkeltsaker (på individnivå) (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). Begrepet samordning brukes når det snakk om kommunenes plikt for å sikre at alle barn og unge som har behov for det skal få samordnede tjenester. Samordningsplikten ligger på kommunenivå, og ikke

på den enkelte tjeneste. Den enkelte tjeneste har plikt til å samarbeide med andre tjenester når det er nødvendig for å gi brukeren et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. I praksis vil det være overlapp i når vi kan snakke om samarbeid mellom tjenester og når vi kan snakke om samordning av tjenester. I denne rapporten omtaler vi samordning av tjenester på individnivå både når det er snakk om samarbeid mellom enkelte tjenester om oppfølgingen av enkeltbrukere, og om mer generell samordning av hele tjenesteapparatet for enkeltbrukere. Den sistnevnte formen for samordning omfatter gjerne også den førstnevnte formen.

Samarbeid kan skje på systemnivå, det vil si at tjenester samarbeider uten at samarbeidet er knyttet til en enkeltsak. Det kan for eksempel handle om å utveksle informasjon og innhente kunnskap om andre sektors ansvar og oppgaver, om å etablere rutiner og samarbeidsstrukturer på tvers av sektorer og virksomheter, eller om å etablere tverrsektorielle møteplasser og samarbeidsavtaler (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). Selv om samarbeid på systemnivå faller utenfor denne kartleggingen, er det verdt å merke seg at gode rutiner for samarbeid på systemnivå kan være en av suksessfaktorene for et godt samarbeid om enkeltsaker (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022).

Tema for denne kartleggingen er samordning av tjenester på individnivå. Samordning på individnivå handler om å sikre et helhetlig tjenestetilbud for brukere med sammensatte behov. I forskningslitteraturen finner vi ulike tilnærminger til samordning (Bouckaert, 2010). Dette prosjektet tar utgangspunkt i den definisjonen som Direktoratet for forvaltning og IKT legger til grunn (Difi, 2014). Kort fortalt innebærer samordning «at mål, verdier, aktiviteter, ressurser eller andre premisser blir sett i sammenheng, prioritert, avveid og tilpasset til hverandre» (Difi, 2014, s. 14). I enkeltsaker er slik samordning nødvendig når brukernes behov for tjenester går på tvers av organisasjonenes etablerte grenser, og når brukerne har behov for flere tjenester over lengre tid (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019). Behovene for samordning kan variere: det kan handle om at de involverte tjenestene har kunnskap om hverandres arbeidsområder, at de avstemmer forventningene til hva den

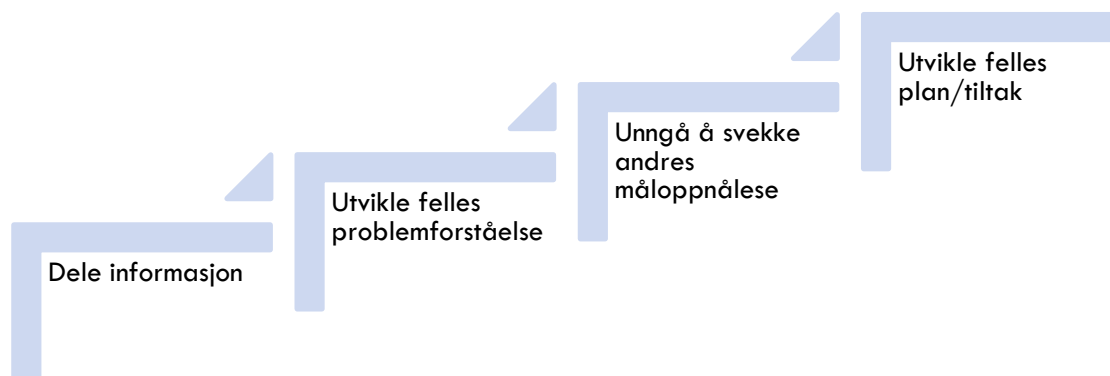
² Oversettelse av «wicked problems». Gjenstridig i betydningen «som vanskelig lar seg behandle eller forme».

enkelte tjenesten kan og skal bidra med, eller at man utarbeider felles mål og prioriteringer.

Ulike behov for samordning vil også kunne medføre ulike grader av samordning. Vi kan snakke om en

samordningsstige, hvor gjensidig informasjons-, erfarings- og kunnskapsdeling utgjør stigenes laveste trinn, mens samarbeid om felles strategi, plan eller tiltak er stigenes høyeste trinn (Difi, 2014). Denne er illustrert i Figur 3-1.

Figur 3-1: Samordningsstigen



Kilde: Direktoratet for forvaltning og IKT (2014)

Graden av samordning henger sammen med mekanismer og virkemidler for samordning (Difi, 2014). Hierarki, marked, profesjonskontroll, og nettverk og ulike former for frivillig tilpasning er idealtypiske former for samordning (Bouckaert, 2010; Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013; Difi, 2014). Hierarki er den klassiske samordningsmekanismen innenfor offentlig forvaltning, og referer til et styringssystem basert på over- og underordning, autoritet og makt. I markedsbasert styring skjer samordning gjennom konkurranse mellom tilbydere av tjenester og varer, hvor eiere og kunder kan overvåke og kontrollere kvalitet og effektivitet gjennom markedsinstrument og informasjonstilgang. Profesjonell styring handler om standardiserte ferdigheter og kunnskaper som utvikles og forvaltes av utdanningsinstitusjonene og profesjonenes organisasjoner (Mintzberg, 1989). Frivillige tilpasning er en samlebetegnelse for ulike former for vertikal samordning, blant annet gjennom nettverk, samlokalisering og kommunikasjonsteknologi. Profesjonell styring er gjennomgående for helse- og velferdstjenestene, og vil prege alle trinn i samordningsstigen. For de to siste trinnene, hvor det normalt vil være behov for interesseavveininger mellom partene, vil det sannsynligvis også være et vesentlig innslag av hierarki. På de to første trinnene er frivillig tilpasning gjerne den viktigste samordningsmekanismen (Difi, 2014).

3.2 Samordning av velferdstjenester til utsatte barn og unge

Utsatte barn og unge, og deres familier, er i kontakt med en rekke kommunale og statlige helse- og velferdstjenester, slik som barnehage, skole, SFO, helsetjenester, kommunale og private fritidstilbud, i tillegg til barnevern. Dette betyr at en rekke tjenester vil være sentrale både i å identifisere utsatte barn og unge, og i å utforme et godt og helhetlig tilbud til barn, unge og deres familier (Helgesen, 2019). Samtidig viser en rekke utredninger at det svikter i samarbeid og koordinering av tjenester til denne gruppen. Et landsdekkende tilsyn i 2008 viste at mange kommuner enten ikke hadde rutiner for samarbeid mellom ulike tjenesteenheter, eller at eksisterende rutiner ikke ble fulgt (Statens helsetilsyn, 2009). Nesten ti år senere dokumenterte en NOU at barn og unge kan være i kontakt med flere offentlige tjenester uten at vold og overgrep fanges opp, og videre de alvorlige konsekvensene av at vold og overgrep går under radaren (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017).

Det siste året har medieoppslag avdekket flere eksempler på at barn og unge med barnevernstiltak utenfor foreldrehjemmet er særlig utsatte for å ikke få hjelpen de trenger på grunn av mangelfull samordning mellom tjenester. I tillegg til oppfølgingsbehov fra barnevernet er dette en gruppe som har høy risiko for psykiske og fysiske helseplager (Backe-Hansen, et al., 2013). Barn som barnevernet har overtatt omsorgen for har ikke foreldre som kan ta en koordinerende rolle inn mot tjenesteapparatet, og det er derfor

særlig avgjørende for dem at det offentlige tar dette koordineringsansvaret.

Nye bestemmelser i lovverket pålegger tjenesteytere innenfor helse- og velferdssektoren å samarbeide på system- og individnivå for å sikre barn og unge et samordnet tjenestetilbud (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). På systemnivå handler samarbeidet om at tjenestene skal settes i stand til å ivareta egne oppgaver eller bidra til at andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver, uten at samarbeidet knyttes til en enkeltsak. Samarbeid på individnivå, som er tema i denne kartleggingen, handler om å sikre et helhetlig og samordnet tjenestetilbud i enkeltsaker. Fra 1. august 2022 er bestemmelser om samarbeid og samordning av tjenester til utsatte barn og unge tatt inn i en rekke lover som regulerer tjenestetilbudet til barn og unge (se Helsedirektoratet, 2022b for en oversikt over de aktuelle bestemmelsene).

Veilederen utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet omtaler retten til barnekoordinator og individuell plan (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har en lovfestet rett til individuell plan, jf. sosialtjenesteloven § 28, NAV-loven § 15, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og barnevernloven § 3-2a., og tjenestene har en plikt til å tilby individuell plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §7-1, spesialisthelsetjenesteloven §2-5 og barnevernloven § 3-2. Individuell plan er et planleggingsdokument og en strukturert samarbeidsprosess. Barnets mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen. I tillegg kan barn og unge, og deres familier, ha rett på barnekoordinator eller koordinator. Barn og unge med behov for helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester på grunn av alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, har rett på barnekoordinator, mens barn og unge som har behov for helse- og omsorgstjenester har krav på koordinator.

Utover de lovpålagte virkemidlene for samordning, har kommunene og/eller relevante statlige organ også utviklet ulike modeller for samordning. Det er disse modellene som er kartlagt i dette prosjektet.

3.3 Definisjon av samordningsmodeller i dette prosjektet

I dette prosjektet har vi søkt å kartlegge eksisterende samordningsmodeller for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Målgruppen for prosjektet omfatter dermed barn som barnevernet har overtatt omsorgen for, barn som er frivillig plassert utenfor hjemmet, barn som er plassert i institusjon med eller uten eget samtykke på grunn av alvorlige atferdsvansker, og barn som er flyttet midlertidig ut av foreldrehjemmet på grunn av en akutsituasjon, omsorgssituasjonen i hjemmet eller barnets egen atferd. Målgruppen kan også omfatte enslige mindreårige asylsøkere som bor på omsorgssentre.

Det finnes mange måter å samordne tjenester på, og også mange måter å forstå og analysere samordning på. Vi har ikke hatt til hensikt å kartlegge alle former for samordning av tjenester til målgruppen lokalt, men å kartlegge tiltak eller modeller som innebærer tilførsel av spesifikke ressurser eller metoder for samordning, utover de formene for samordning som kan forventes som en ordinær del av tjenestenes arbeid.

I tråd med oppdragsgivers føringer har vi ikke kartlagt former for samordning på systemnivå. Videre har vi valgt å ikke inkludere lovpålagte former for samordning, slik som individuell plan, koordinator og barnekoordinator. Aktuelle tiltak vil være samordningstiltak på individnivå for barn og unge som mottar tiltak fra barnevernet og bor utenfor hjemmet, det vil si i fosterhjem, institusjon eller i andre boliger utenfor hjemmet.

I praksis vil det imidlertid kunne være vanskelig å avgrense tiltak rettet mot denne målgruppen fra tiltak rettet mot sårbare barn og familier mer generelt. Hvilke tiltak som faller innenfor rammen av denne studien er derfor vurdert i hvert tilfelle. I kartleggingsfasen har vi også inkludert tiltak som ikke eksklusivt retter seg mot barn og unge som bor utenfor hjemmet, så lenge vi har vurdert at de også kan benyttes for denne målgruppen. I praksis kan det variere mellom kommuner/bydeler hvilke målgrupper som treffes av et gitt tiltak, avhengig av hvordan tiltakene benyttes lokalt. En del av kartleggingen har vært å innhente informasjon om hvilke målgrupper de ulike modellene faktisk benyttes for.

Tiltak som primært er rettet mot å fange opp sårbare barn og/eller deres familier er i utgangspunktet ikke inkludert i kartleggingen. Vi har imidlertid inkludert tiltak på ulike trinn i samordningsstigen, fra informasjons- og kunnskapsdeling til utvikling av felles mål og tiltak. Når det gjelder samordningsmekanismer, anser vi at hierarki og frivillig tilpasning for å være mest aktuelle. Selv om

både marked og profesjonell styring er viktige mekanismer i styring og samordning av velferdstjenester, anser vi disse mekanismene som mindre relevante for offentlige myndigheters samordning av tjenester innenfor ulike sektorer og styringsnivå.

Samordningsmodeller kan være alt fra enkle tiltak, som rolle- og rutinebeskrivelser eller systemer for informasjonsdeling, til det som kan antas å være mer ressurskrevende tiltak, med egne ansatte som har koordinerende oppgaver rettet mot det enkelte barn. I noen modeller er den koordinerende tjenesten organisert slik at den kun innebærer koordinering av andre tjenester som utfører de grunnleggende tjenestene, som barnevern- eller helsetjenester. Stillasbyggerne er en slik modell som i utgangspunktet ikke overtar tjenester fra de andre tjenestene i hjelpeapparatet, men som fokuserer på koordinering av tjenestene i hjelpeapparatet. I andre modeller kan den koordinerende tjenesten også inkludere de grunnleggende tjenestene, som oppfølgingstjenester og helsetjenester. FACT ung er en slik modell, som gir oppfølging og helsehjelp som en del av tiltaket, i tillegg til koordinering både innenfor tiltaket og med tjenester som ligger utenfor tiltaket.

3.4 Oversikt over kartlagte modeller

I kartleggingsfasen har vi identifisert åtte modeller for samordning som vi har vurdert å kunne være relevante for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Vi har kategorisert modellene etter hvordan de jobber med koordinering, med utgangspunkt i Difis operasjonalisering av samordning. Basert på denne

tilnærmingen, har vi anvendt følgende spørsmål for å kategorisere de ulike modellene/tiltakene:

- Skjer samarbeidet på tvers av sektorer eller styringsnivå?
- Handler modellen om samordning på system- eller individnivå?
- Innebærer modellen egne ansatte med ansvar for koordinering?
- Innebærer modellen tjenesteyting i tillegg til koordinering?
- Hvilket trinn i samordningsstigen befinner modellen seg på?
- Hva er modellens målgruppe, og i hvilken grad er målgruppen relevant for prosjektet (barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet)?
- Hvilken tjeneste/enhet er modellen organisert under?

Alle de åtte kartlagte modellene innarbeider samarbeid på tvers av sektorer eller styringsnivå. Tabell 4-1 gir oversikt over våre vurderinger av de resterende spørsmålene over, for hver av de åtte kartlagte modellene. For enkelte av modellene har vi ikke hatt grunnlag for å vurdere hvilket trinn i samordningsstigen modellene befinner seg på, basert på tilgjengelig informasjon.

Basert på beskrivelser av disse åtte modellene i kartleggingsfasen, har vi i samråd med Bufdir valgt ut tre av modellene som vurderes som mest relevante for målgruppen. Disse tre modellene er evaluert. Resultatene fra evalueringen av disse modellene presenteres i de tre påfølgende kapitlene (kapittel 4.6). Resultatene fra kartleggingen av de øvrige modellene er samlet i kapittel 7.

Tabell 3-1 Oversikt over kartlagte samordningsmodeller og sentrale elementer

	Samordning på individnivå?	Egne ansatte som koordinerer?	Tjenesteyting, i tillegg til koordinering?	Trinn i samordningsstigen	Målgruppens relevans for oppdragets målgruppe	Administrativ tilhørighet
Modeller vurdert som særlig relevante for prosjektet:						
Stillas-byggerne	Individnivå	Ja	Ja	Øverste trinn	Samme målgruppe	Spesialisthelsetjenesten
DUE Bergen	Individnivå	Ja	Ja	Øverste trinn	Inkluderer en delmengde av oppdragets målgruppe	Kommune
FACT ung	Individnivå	Ja	Ja	Øverste trinn	Inkluderer potensielt hele oppdragets målgruppe, men disse utgjør en liten andel av modellens målgruppe	Spesialisthelsetjenesten eller kommune
Modeller vurdert som mindre relevante for prosjektet:						
BTI	Individnivå	Nei	Nei	Øverste trinn	Antas i svært liten grad å treffe oppdragets målgruppe	Kommune
Barn og unges helsetjeneste	Kun systemnivå	Nei	Nei	Ikke relevant fordi det ikke er samordning på individnivå	Kan tenkes å treffe oppdragets målgruppe, men uvisst fordi tiltaket ikke er på individnivå	Spesialisthelsetjenesten
Grorud-modellen	Individnivå	Ja	Ja	Ikke grunnlag for å vurdere	Treffer trolig ikke oppdragets målgruppe	Kommune
Nye mønstre	Individnivå	Ja	Nei	Ikke grunnlag for å vurdere	Treffer trolig ikke oppdragets målgruppe	Kommunalt NAV
Familie-partner	Individnivå	Ja	Nei	Ikke grunnlag for å vurdere	Treffer trolig ikke oppdragets målgruppe	Kommunalt

4. Evaluering av Stillasbyggerne

Stillasbyggerne er en barnevernsrettet poliklinikk ved Ahus som jobber med oppfølging av barn og ungdom som er, eller har vært, under barnevernets omsorg. Stillasbyggermodellen tar utgangspunkt i at de ordinære tjenestene som hovedregel kan gi tjenester av god kvalitet, men at utfordringer i samarbeidet mellom tjenestene står i veien for at barna får den hjelpen de trenger. Stillasbyggerne utgjør et veiledende og koordinerende ledd som skal legge til rette for godt samarbeid mellom tjenestene i hjelpeapparatet rundt barna.

4.1 Overordnet om modellen

Stillasbyggerne er en ambulant seksjon ved Akershus universitetssykehus (Ahus) som bistår utvalgte kommunale barneverntjenester og én institusjon med å lage gode planer for oppfølging av barn og unge som er under omsorg av barneverntjenesten. De ansatte i Stillasbyggerne er psykologer, psykologspesialister og barnevernfaglig utdannet. Som hovedregel jobber Stillasbyggerne sammen i stillasbyggerduoer bestående av to personer – en med psykologfaglig og en med barnevernfaglig kompetanse. Samlet har Stillasbyggerne erfaring fra både kommunalt og statlig barnevern og spesialisthelsetjenesten.

Flere utredninger og rapporter beskriver at samarbeidsvansker mellom tjenesteytere gjør at barn og unge ikke får den hjelpen de trenger (FAFO, 2020; Statens helsetilsyn, 2019). Stillasbyggerne mener at det er nødvendig å behandle samarbeidsvansker som et problem i seg selv og at dette må gjøres systematisk og med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap om samarbeid. Stillasbyggermodellen bygger på en antakelse om at de ordinære tjenestene i de fleste tilfeller kan gi helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (Stillasbyggerne, 2022). Stillasbyggerne jobber derfor for å sikre samordning både mellom spesialisthelsetjenesten og barnevern, og på tvers av andre tjenester, i det de omtaler som «stillaset» rundt det enkelte barn. Hvilke tjenester og aktører Stillasbyggerne jobber med avhenger av hva som er relevante for hvert enkelt barn, men kan for eksempel være personer fra barnehage, skole, PPT,

fastlege, BUP, leder for fritidsaktivitet, NAV eller arbeidsgiver.

Stillasbyggerne skal være en veiledende og koordinerende aktør som «holder i trådene» og sikrer informasjonsdeling og kommunikasjon mellom aktørene i stillaset. Formålet med dette er å sørge for at stillaset har en felles forståelse av barnet, av barnets behov, roller og ansvarsdeling, samt en felles forståelse for målet med stillasets innsats.

Stillasbyggerne er et ambulant team og en barnevernsrettet poliklinikk, og tjenesten er organisert under psykisk helsevern for barn og unge ved Ahus. Stillasbyggerne er et helsetjenestetilbud, men de har tiltak og oppgaver er bredere enn den type behandlingstiltak som er vanlig i poliklinikk. Stillasbyggerne er ansatt i spesialisthelsetjenesten og følger gjeldende lovverk. Relevante lovverk for Stillasbyggerne er spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og barnevernloven, i tillegg til å jobbe etter FNs barnekonvensjon. Stillasbyggerne er også godt kjent med barnevernloven da de har barnevernfaglige og sosialfaglige ansatte som tidligere har jobbet som kontaktpersoner i barneverntjenesten og i Barne- og familieetaten i Oslo.

4.1.1 Faglig og teoretisk grunnlag

Stillasbyggerne kaller utføringen av oppgavene sine for «stillasbygging». En sentral læringsteoretiker for stillasbyggerne er Lev Vygotsky (Stillasbyggerne, 2021). Stillasbygging baserer seg særlig på hans begrep «proximal zone of development», eller nærmeste utviklingssone, som handler om hva en person kan utføre alene, og hva en person kan utføre i samarbeid med andre aktører (Vygotsky, 1978).³ Stillasbygging har sin forankring i LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå), som er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal utføres på lavest mulig omsorgsnivå i forvaltningen. Dette innebærer i denne sammenhengen at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. Stillasbyggerne prøver å gjøre noe der problemet med «stillaset» er størst. De er opptatt av å behandle samarbeidsproblemene, ikke nødvendigvis barnet selv.

Stillasbygging som metode er utviklet med utgangspunkt i teoretiske rammeverk om godt samarbeid (Stillasbyggerne, 2021). Metoden kan

³ Lev Semenovich Vygotsky utviklet konseptet “zone of proximal development” (ZPD) mellom slutten av 1920-tallet

og frem mot sin død i 1943. For en nærmere beskrivelse av begrepet, se for eksempel Vygotsky (1978, s. 86).

beskrives som en tverrfaglig metadisiplin bestående av elementer fra systemisk teori, økologisk/ sosialkulturell utviklingsteori, helsefremmende teori, utviklingspsykologi, sosialfaglige perspektiv og organisasjons- og teamteori.

Stillasbyggerne har jobbet med å definere hva som kjennetegner godt samarbeid, og som del av dette arbeidet har de sett til forskningen på hva som kjennetegner effektive team. Et team kan defineres som to eller flere mennesker som er avhengige av hverandre for å nå felles mål. Dette innebærer at teamet, og ikke enkeltmedlemmene, blir den grunnleggende resultatenheten (Bang, 2008). En av grunnene til at Stillasbyggerne har valgt å bygge på denne forskningen, er at definisjonen av «problemløsende team som skal ta beslutninger» ligner på hjelpeapparatet som skal samarbeide rundt barn som har tjenester fra flere ulike aktører.

Nye strukturer i barnevernet krever nye samarbeidsformer i form av større enheter og interkommunale tjenester (Gotvassli, 2015). Stillasbyggernes arbeidsform innebærer en ny samarbeidsform der samarbeid på tvers av profesjoner og tjenester er sentralt. Det at Stillasbyggermodellen tar utgangspunkt i moderne teamteori som kunnskapsgrunnlag for samhandling, kan være en styrke i arbeidet med barnevernet og andre aktører rundt barna.

4.2 Mål

Stillasbyggerne har som mål å sørge for at barn under omsorg av barnevernstjenesten med psykiske problemer blir identifisert og fulgt opp. Stillasbyggerne skal bidra til at målgruppen får høyere livskvalitet, og at samarbeidet i stillaset rundt barna blir godt.

Stillasbyggerne har definerte tre mål:

1. Fange opp og følge opp barn og unge med psykiske problemer under barnevernets omsorg.
2. Bidra til at samarbeidet mellom barnevernstjenesten og deres samarbeidspartnere blir så bra som mulig.
3. Bidra til at barna i målgruppen får bedre livskvalitet.

4.3 Målgruppe

Stillasbyggernes målgruppe er barn og ungdom mellom 0 og 25 år (inkludert ettervern) som er eller har vært under barnevernets omsorg i en av kommunene i opptaksområdet til Ahus (§ 4-12 i barnevernloven). Dette gjelder barn og ungdom i alderen 0–25 år som bor i fosterhjem, på barneverninstitusjoner eller som har ettervernstiltak. Barn

som kan nyttiggjøre seg behandling i ordinær BUP blir som regel ikke henvist til Stillasbyggerne. Barn som er frivillig plassert etter § 4-4 sjette ledd og barn som er plassert etter § 4-24 er per i dag ikke i Stillasbyggernes målgruppe. I intervju med Stillasbyggerne oppgir de at også disse barna kan være aktuelle for oppfølging fra Stillasbyggerne, men at målgruppen nå av ressurs hensyn er avgrenset til barn som barneverntjenesten har overtatt omsorgen for etter barnevernloven § 4-12. Stillasbyggerne følger likevel opp noen barn på frivillig plassering som bor på institusjonen de samarbeider med.

4.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform

Et stillas viser til alle mennesker et barn er i kontakt med, steder de oppholder seg, og forbindelsene mellom dem. Stillasbyggerne jobber for å styrke de delene av stillaset som fungerer dårlig. Stillasbyggerne tar utgangspunkt i hva som er barnets utviklingsprosjekt, drømmer og behov, sammenligner drømmen med hvor de er nå, og lager en «trapp» for å komme nærmere målet (Stillasbyggerne, 2021). For å sikre at barnets stemme er utgangspunkt for arbeidet, legger de til rette for at barnet kan være med i møter som handler om dem, og være sentrale i utviklingen av tiltak. Dersom barnet ikke ønsker å delta, inviterer Stillasbyggerne noen som kjenner barnet med i møtet. Hvis det ikke er noen som kjenner barnet godt nok, tar en stillasbygger ansvar for å representere barnets stemme, og leter etter noen andre som kan bli godt kjent med barnet og representere barnet i møter.

Stillasbyggerne har frem til høsten 2022 fulgt opp barn som barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for i seks kommuner. Disse kommunene er Nannestad, Nes, Eidsvoll, Gjerdrum, Hurdal og Ullensaker. Fra høsten 2022 kan kommuner i hele Ahus' opptaksområde henvise barn til Stillasbyggerne. Stillasbyggerne bistår kommunen barnet er plassert i, uavhengig av hvilken kommune som har omsorgsansvaret eller opptaksområdet til Ahus. Dersom et barn flytter fra en av kommunene i opptaksområdet, fortsetter Stillasbyggerne sin oppfølging i den nye kommunen.

Stillasbyggerne samarbeider også med barnevernsinstitusjonen Milepælen ungdomshjem (Stiftelsen Milepælen), som ligger i Nes kommune. Samarbeidsavtalen beskriver retningslinjene for samarbeidet mellom kommunen og Stillasbyggerne. Stillasbyggerne ønsker at retningslinjene for samarbeid skapes i samarbeid, slik at alle ledd har eierskap til prosessen og opplever hjelpen Stillasbyggerne tilbyr som relevant (Stillasbyggerne, 2021).

Endringen i hvilke kommuner som kan henvise barn til Stillasbyggerne, har hatt betydning for hvilke barn som følges opp. Tidligere ble alle barn under barnevernets omsorg i de seks samarbeidskommunene fulgt opp av Stillasbyggerne, uavhengig av behovet for veiledning og koordinering. Det var heller ingen saker som ble avsluttet før barna var 25 år, men intensiteten i oppfølgingen ble tilpasset etter behov. I de «enkle» sakene Stillasbyggerne tidligere jobbet med, kunne innsatsen være begrenset til sjeldne møter med barneverntjenesten, men Stillasbyggerne erfarte at det ikke fungerte så godt å jobbe på denne måten. Når alle kommunene i opptaksområdet til Åhus nå kan henvise til Stillasbyggerne, har de gått over til å kun jobbe med saker der det er et identifisert behov for deres deltakelse, og at det er enighet om dette behovet. Hvis Stillasbyggerne vurderer at oppfølgingen av et barn fungerer godt, blir barnet skrevet ut, men barneverntjenesten kan når som helst ta kontakt igjen.

Ettersom det på kort sikt ikke er store variasjoner i antall barn under barnevernets omsorg, vurderer Stillasbyggerne at det samlede behovet for deres innsats er relativt forutsigbart. De har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp barna som blir henvist, og de har per desember 2022 ikke avvist noen saker.

Stillasbyggerne samarbeider med hele hjelpeapparatet rundt barna de følger opp, og dette kan blant annet omfatte barneverntjenesten, skole, barnehage, helsetjenesten (særlig BUP), fosterforeldre og ledere for fritidsaktiviteter.

Stillasbyggerne har utarbeidet tjenestebeskrivelsen «Et godt liv» som gir detaljert informasjon om hvordan Stillasbyggerne jobber og bakgrunnen for hvorfor de jobber på denne måten (Stillasbyggerne, 2021).

4.4.1 Arbeidsmetode

Stillasbyggernes arbeid kan deles inn i fire hovedfaser, og arbeidet omfatter både forankringsarbeid i kommunene og arbeid i oppfølgingen av hvert enkelt barn. Når Stillasbyggerne starter oppfølgingen av et barn, gjør de en kartlegging og analyse av barnets fungering og stillasets kvalitet. Disse analysene ligger til grunn for hvilke tiltak som iverksettes. Intensiteten i oppfølgingen avhenger av barnets behov. Barnet deles inn i grønn, gul eller rød gruppe, der barn i rød gruppe får den mest intensive oppfølgingen (Stillasbyggerne, 2021).

Første fase er forankringsfasen, og denne fasen innebærer arbeid rettet mot kommunene som kan henvise til Stillasbyggerne (Stillasbyggerne, 2021).

Kommunene får informasjon om Stillasbyggerne og deres arbeidsmåte, og det inngås en forpliktende samarbeidsavtale. Dette bidrar til forankring på ledernivå. I Stillasbyggernes tjenestebeskrivelse er det beskrevet at det er behov for å forankre tjenesten på mange nivåer og i flere tjenester samtidig, og tjenesten må forankres både hos toppledelsen, mellomledere og hos hver enkelt kontaktperson. Stillasbyggerne forteller at de i alle sakene de jobber med er opptatt av å forklare hvem de er og hvilken rolle de skal ha i arbeidet med å følge opp barnet. Dette er en viktig del av forankringsarbeidet blant de som jobber direkte med barna. Stillasbyggerne påpeker at det er særlig viktig å jobbe med forankring i barneverntjenesten, ettersom det i mange barneverntjenester er hyppig utskifting blant de ansatte.

De neste tre fasene er kartleggingsfase, tiltaksfase og evaluering, og disse er knyttet til arbeidet med hvert enkelt barn. Målet med kartleggingsfasen er å finne styrker og svakheter i stillaset for å kunne utforme treffsikre tiltak.

Barneverntjenesten i opptaksområdet til Åhus kan henvise barn til Stillasbyggerne dersom de vurderer at det er behov for å koble dem på i oppfølgingen. I kartleggingsfasen blir barnets psykiske helse og livskvalitet kartlagt, og Stillasbyggerne snakker med saksbehandler i barnevernet, kontaktpersoner i andre relevante tjenester, omsorgsgiver og eventuelt barnet selv, i tillegg til at disse også blir bedt om å fylle ut kartleggings skjemaer. Eksempler på kartleggings-skjemaer er symptomkartleggings skjemaet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) for barn/ungdom og omsorgsgiver, samt livskvalitetskartleggings-skjemaet Kinder Lebensqualität Fragebogen (KINDL) for barn/ungdom og omsorgsgiver.⁴ Stillasbyggerne bruker analyse-/kartleggingsmodellen *Hvor trykker skoen* for å undersøke styrker og svakheter i stillaset (Ljønes & Tessand, 2014; Tessand, 2012). Stillasbyggerne utarbeider en rapport som oppsummerer informasjonen fra kartleggingen og en plan for oppfølging.

I tiltaksfasen blir barnet fulgt opp med utgangspunkt i den innledende kartleggingen. Tiltakene varierer i omfang og type etter barnets behov. Eksempler på tiltak som iverksettes er samtaler med barnet, psykoedukasjon⁵, konsultasjon og veiledning av aktører i nettverket rundt barnet og fasilitering av samarbeidet mellom ulike deler av stillaset.

I samarbeid med barneverntjenesten utarbeides det alltid en 5R-avtale med avklaringer av forventninger

⁴ Se Vedlegg 4 i Stillasbyggernes tjenestebeskrivelse for eksempler på disse skjemaene.

⁵ Psykoedukasjon er en behandlingsform hvor pasienten (og eventuelt deres pårørende) får kunnskap og informasjon om

en diagnose. Behandlingen skal gi realistiske forventninger til bedring og prognose, informasjon og kan forstås som en slags undervisning i den aktuelle lidelsen (Oslo universitetssykehus).

til samarbeidet, herunder omfang, varighet og plan for evaluering. 5R-avtalene er nærmere beskrevet i avsnitt 4.4.2. I utarbeidelse av avtalen sikres det også at det er en felles forståelse av barnets behov og prioritering av aktivitet i videre samarbeid. Stillasbyggerne har overordnet ansvar for å utforme, oppdatere og ferdigstille 5R-avtalen. Dette innebærer klare og tydelige rammer, felles retning, avklarte roller, regler for kommunikasjon og fokus på relasjonelle faktorer som kan påvirke samarbeidet. Stillasbyggerne har ansvar for at 5R-avtalen er delt med og kjent for deltakerne i samarbeidet.

Stillasbyggerne har formelt behandlingsansvar for barnet/ungdommen når de er følger opp et barn (når barnet er innskrevet hos Stillasbyggerne, det vil si på poliklinikken). Dette innebærer at de alltid gjør en vurdering av om det er behov for utredning eller behandling, og hvem som bør ha ansvar for dette.

I evalueringsfasen innhenter Stillasbyggerne oppdatert informasjon om barnet. For å innhente informasjon til evalueringsfasen, ber Stillasbyggerne alle de involverte aktørene i stillaset om å fylle ut nye skjemaer (Stillasbyggerne, 2021). Basert på denne informasjonen vurderer Stillasbyggerne om det er noen endringer i stillaset og om tiltakene har hatt effekt.

Taushetsplikt

Det innhentes samtykke til samarbeidet mellom Stillasbyggerne og de øvrige aktørene for alle barn som følges opp av Stillasbyggerne. Innhenting av samtykke gjør at aktørene kan dele informasjon om ungdommen med hverandre. Ved behov blir det også innhentet samtykke til å gjennomgå eksisterende dokumentasjon som barnevernmappe, helsejournal og andre relevante dokumenter. Det at Stillasbyggerne ber om samtykke til å lese barnas barnevernmappe, er beskrevet som positivt utgangspunkt for å bygge tillit mellom barna og Stillasbyggerne (RBUP, 2021).

4.4.2 Samarbeidsform

Kontakten mellom Stillasbyggerne og aktørene som samarbeider rundt et barn foregår både i møter og på e-post, sms og telefon. Stillasbyggerne gjennomfører jevnlig møter med aktørene i barnets stillas. Hvem som deltar i møtene kan variere over tid, og alle som deltar i møtet har en aktiv rolle i samarbeidet rundt barnet. Møtene kalles innsatsmøter, og hyppigheten på møtene tilpasses behovene til hvert enkelt barn og kan justeres opp og ned etter behov. Innsatsmøtene kommer i tillegg til ansvarsgruppemøter. Stillasbyggerne kan også være med på ansvarsgruppemøter, men som hovedregel deltar de ikke i disse møtene.

I forkant av møtene ringer Stillasbyggerne til aktørene som skal delta for å avklare hva som skal være

agenda for møtet. Disse telefonsamtalene gjennomføres ikke på avtalte tidspunkt – Stillasbyggerne ringer bare og hører om det passer å snakke om barnet. I forberedelsessamtalene spør Stillasbyggerne hva de ulike aktørene er opptatt av, men de kan også spørre om det er noen av de andre aktørene de synes det er vanskelig å samarbeide med eller noe de tenker ikke ble snakket om på det forrige møtet fordi ingen turte å ta det opp. Tanken bak denne måten å jobbe på er at informasjonsinnhenting i stor grad ikke trenger å skje i møtene, men at møtene skal brukes til å finne ut hva man skal gjøre. Ved å ha en agenda klar i forkant av møtet, kan aktørene forberede seg på spørsmålene som kan komme fra de andre deltakerne.

Ved å gjøre møtene til beslutningsarenaer, ønsker Stillasbyggerne å gjøre møtene «uvurderlige» for de som deltar. Det er i møtene arbeidet skal foregå, og Stillasbyggerne ønsker å sørge for at det aktørene er opptatt av blir diskutert i møtene, slik at man unngår at beslutninger blir tatt på gangen i etterkant av møtene. Møtene er også viktige for å gi deltakerne en felles forståelse av barnet, samt styrke aktørenes opplevelse av å være et team som sammen tar ansvar for barnet.

Stillasbyggerne bruker teamutviklingsverktøyet 5R, og som del av innsatsmøtene går Stillasbyggerne gjennom og oppdaterer den tilhørende avtalen. I etterkant av møtene sender de som regel ut et referat til alle som deltok på møtet, og i referatet er det beskrevet hva som ble avtalt og hvem som har ansvar for hva frem til neste møte.

Stillasbyggerne mener det er nødvendig at aktørene i noen tilfeller går utenfor sitt mandat for å unngå at barna faller mellom to stoler (Stillasbyggerne, 2021). Å gå utenfor sitt mandat kan handle om å få tjenestene til å tenke mer helhetlig på barnets liv, slik at et mandat knyttet til for eksempel utdanning eller helse ikke overskygger barnets overordnede behov og mål. Det kan også være knyttet til å strekke seg lenger enn det som er vanlig, for eksempel for barn som står i fare for å bli en kasteball mellom ulike tjenester fordi de faller utenfor tjenestenes inklusjonskriterier. I Stillasbyggernes tjenestebeskrivelse skriver de at barnekonvensjonen innebærer at barnas menneskerettigheter står over andre lovverk dersom disse er til hinder for at barna får best mulig hjelp: «*Dette må vi som hjelpere forholde oss til; vi har ikke anledning til å skyldes på at det er utenfor vårt ansvarsområde eller peke på at noen andre skal gjøre jobben. Når staten gjør det mest inngripende man kan gjøre mot en familie – å frata foreldre og barn muligheten til å være sammen på daglig basis – plikter vi å tilby det beste vi har for å ivareta barna.*» (Stillasbyggerne, 2021). Stillasbyggerne ber derfor aktørene i barnas stillas om å gå utenfor sitt mandat

når de mener det er nødvendig for å gi barnet best mulig hjelp, og de vurderer selv at dette kan være vanskelig for andre aktører å gjøre. Ettersom deres oppfatning er at dette er nødvendig for å sikre helhetlig og koordinert oppfølging, og derfor en sentral del av koordinatorrollen, vurderer de også at det kan være vanskelig for andre å ta denne rollen.

I tillegg jobber Stillasbyggerne bevisst med ferdigheter knyttet til fasilitering av godt samarbeid. De skal for eksempel kunne bidra med kompetanse på hva som kjennetegner etableringen av gode team, hva som kjennetegner god samhandling, hva som er et godt samarbeid og hvilke faktorer som inngår i det.

5R-avtale

Stillasbyggerne bruker teamutviklingsverktøyet 5R. 5R-avtalen regulerer retning, rammer, roller, regler, og relasjoner i samarbeidet.

Erfaringen til Stillasbyggerne er at aktørene i stillaset ofte har ulik oppfatning av barna og derfor trekker i ulik retning. Et eksempel på dette kan være et barn der noen er mest opptatt av at barnet skal fullføre skolen, mens andre er opptatt at barnet har så dårlig psykisk helse at barnet ikke vet om det orker å gå på skolen. Slike forskjeller i oppfatning kan føre til uenighet og krangling om hva som er det viktigste. Stillasbyggerne er derfor særlig opptatt av retning, det vil si at aktørene skal ha en felles forståelse for hva de jobber mot og hva som er viktig for barnet. Utgangsspørsmålet skal være «Hva skal til for at Ola får det litt bedre og hvordan kan vi hjelpe til med det?» og ikke «Hva skal barnevernet og BUP gjøre nå?». Stillasbyggerne ønsker at barnets prosjekt skal være førende, og barna er ofte med på innsatsmøtene.

Som del av arbeidet med å sikre felles retning, jobber Stillasbyggerne også for å sikre at det blir lagt målbare planer der man har tenkt gjennom hvordan man skal måle effekt. Stillasbyggernes erfaring er at en del planer er lite målbare og konkrete, for eksempel «Ola skal få god psykisk helse» eller «Ola skal ha god omsorg». Hverken god psykisk helse eller god omsorg er begreper med en klar definisjon, og denne typen mål i planene kan derfor gjøre det vanskelig å se fremgang.

Både rammer, roller og regler er knyttet til hvordan teamet skal jobbe sammen. Rammer handler om organisering og formål med samarbeidet, samt hvordan samarbeidet skal foregå og hvem som skal delta (Stillasbyggerne, 2021). Regler innebærer at aktørene blir enige om hvordan kommunikasjonen dem imellom skal foregå, for eksempel hvem som skal gi beskjed til hvem når noe skjer, om man skal ringe, sende sms, e-post, eller møtes, og når man skal ha kommunikasjon. Reglene kan også beskrive hva

aktørene skal gjøre når man ikke får tak i hverandre. Stillasbyggerne beskriver selv at de opplever at en del aktører gir opp hvis de ikke får kontakt på første forsøk når de trenger å snakke med andre aktører som jobber med barnet, men at de gjennom å avklare hvordan aktørene skal kommunisere med hverandre kan bidra til at aktørene vet hva de skal gjøre hvis de ikke får kontakt med en gang.

Roller handler om å avklare hvem som har ansvar for hvilke oppgaver, samt hva Stillasbyggerne kan bidra med. For å få på plass beskrivelsen av roller i 5R-avtalen, bruker Stillasbyggerne tid med aktørene i stillaset på å snakke om hvilke forventninger de kan ha til hverandre og hvilke forventninger de faktisk har. Dette skal bidra til å sikre at de ulike aktørene har kjennskap til hverandre og hvilke tiltak og virkemidler ulike aktører kan bidra med i oppfølgingen av barnet. Rollebeskrivelsene inkluderer også beskrivelse av ansvarsdeling mellom aktørene i stillaset. Ved å dokumentere dette i en avtale, ønsker Stillasbyggerne å unngå usikkerhet rundt hvem som skal gjøre hva, og eventuell ansvarsfraskrivelse hos aktørene.

Relasjoner og å snakke om relasjonelle utfordringer er også et sentralt element i Stillasbyggernes arbeidsmetode. Arbeidet med relasjoner kan skje både på generelt og konkret nivå, og Stillasbyggerne er opptatt av å sette ord på eventuelle utfordringer de ser. Dersom de ser en konflikt kan de for eksempel si «Her har det vært klinsj mellom fosterforeldre og skole, hva kan vi gjøre for å unngå det videre?». Arbeidet med relasjonene i stillaset handler også om å få aktørene til å få lyst til å samarbeide mer, og en måte Stillasbyggerne jobber med å få til dette er å oppfordre aktørene til å fortelle hverandre om hva de har fått til.

4.4.3 Samarbeid med Milepælen

I tillegg til å følge opp barn fra kommunene som Stillasbyggerne har en samarbeidsavtale med, følger de også opp barn ved barneverninstitusjonen Milepælen. Som for andre tjenester i hjelpeapparatet rundt barna de følger opp, har Stillasbyggerne en koordinatorrolle i oppfølgingen av barna på Milepælen. I tillegg bidrar de med kompetanseoverføring og opplæring av medarbeiderne på institusjonen. Etter samtykke fra barnet de følger opp, kan Stillasbyggerne veilede de ansatte på institusjonen. I intervju kom det frem at Stillasbyggerne blant annet har delt sin kompetanse på barns utvikling og tilknytning, forklart bakgrunnen for ulike tiltak, gitt veiledning i hvordan de ansatte bør møte barnet og hvordan de burde tenke fremover. Kompetanseoverføringen ble oppsummert med at Stillasbyggerne «er gode til å forklare hvorfor ting skjer og hvordan man kan håndtere det». Veiledningen kan med andre ord både være knyttet til psykologfaglig forståelse,

og til forståelse av andre tjenesters rolle og tiltak. Veilederrollen er del av modellen fordi den bidrar til at tilbudet som bygges rundt barna blir så godt som mulig. Sammen med koordinatørrollen som Stillasbyggerne også har, bidrar den til at hjelpeapparatet leverer koordinerte tjenester av høy kvalitet.

En ansatt på Milepælen fortalte at møtene mellom Stillasbyggerne og de ansatte på Milepælen kan være lagt opp slik at alle først får mulighet til å si hvordan de opplever barnet, og at Stillasbyggerne så bruker sin kompetanse til å forklare hva de mener ligger bak barnets atferd, hvorfor de reagerer sånn som de gjør og foreslå tiltak. Denne typen møter blir alltid satt opp etter samtykke fra barnet. Det kan både være Stillasbyggerne som tar initiativ til et møte etter en samtale med barnet, eller ansatte på Milepælen kan ta initiativ til et møte dersom de opplever utfordringer som de ønsker å drøfte med Stillasbyggerne.

4.5 Finansiering og kostnader

4.5.1 Kostnader basert på organisering og aktivitet i 2021

Stillasbyggerne hadde et budsjett for 2021 på totalt 9,7 millioner kroner, hvorav 2,7 millioner kroner var utgifter til å drive utviklingsarbeid. Utviklingsarbeidet innebar å bestille, følge opp og finansiere eksterne utredninger. Herunder en evaluering fra RBUP og en samfunnsøkonomisk analyse fra Oslo Economics, utarbeidelse av en beskrivelse av den faglige plattformen for stillasbygging og tilhørende veiledende materiell, samt å drive informasjonsarbeid og kunnskapsdeling om Stillasbyggerne i ulike fora. Utviklingsarbeidet ble finansiert av tilskuddsmidler fra Helse- og barneetaten og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, samt midler over Statsbudsjettet 2021.⁶ Det resterende beløpet på 7,0 millioner kroner er utgifter til administrasjon og oppfølging av saker, som finansieres over budsjettet til Ahus.

Den gjennomførte samfunnsøkonomiske analysen av Stillasbyggerne gir et anslag på driftskostnadene ved Stillasbyggerne. For å beregne driftskostnadene, må man ta hensyn til Stillasbyggernes andel av felleskostnader knyttet til sentral stab ved Ahus og kostnader for lokaler. I analysen er det derfor lagt til et påslag på 20 prosent overhead på faktisk lønnskostnad. Påslaget gir et anslag på 1,4 millioner kroner i andre driftsutgifter utover Stillasbyggernes eget budsjett. Driftsutgiftene i budsjettet og påslaget

gir et samlet anslag på 8,4 millioner kroner i årlige driftsutgifter. Arbeidet til Stillasbyggerne kan i tillegg medføre endret ressursbruk blant tjenestene i stillasene, dersom de bruker mer eller mindre ressurser, eller endrer sin tidsbruk som følge av involveringen av Stillasbyggerne.

Tidligere kategoriserte Stillasbyggerne sakene de arbeider med i tre fargekoder; grønn, gul og rød, der ressursbruken varierer mellom sakene. Basert på informasjon fra Stillasbyggerne, ble det i den samfunnsøkonomiske analysen anslått årlige kostnader for de tre kategoriene av saker. En grønn sak ble anslått å ha en årlig gjennomsnittskostnad på 71 000 kroner, en gul sak ble anslått å ha en gjennomsnittskostnad på 121 000 kroner og en rød sak ble anslått å ha en gjennomsnittskostnad på 308 000 kroner. Dette inkluderer utgifter knyttet til arbeidet med hver sak og et anslag på administrative kostnader. Anslaget inkluderer ikke ressursbruk i de øvrige tjenestene.⁷ I praksis vil saker Stillasbyggerne jobber med kunne bevege seg fra én fargekode til en annen. Anslagene må derfor tolkes som et gjennomsnitt dersom en sak har samme fargekode over tid, og anslaget for en grønn og en rød sak utgjør henholdsvis et minimums- og maksimumsanslag på kostnaden per sak.

I februar 2021 fulgte Stillasbyggerne opp 14 røde, 28 gule og 10 grønne saker (Oslo Economics, 2021). Totalt var det 52 saker denne måneden. Dersom vi legger til grunn at driftskostnadene er jevnt fordelt gjennom året, finner vi at månedlige driftskostnader er 700 000 kroner, og at gjennomsnittlig kostnad per sak per måned er rundt 13 500 kroner. Som beskrevet er det svært varierende ressursbruk på tvers av ulike saker, og kostnaden per sak vil avhenge av hvor stort behov det er for koordinering og oppfølging.

I 2021 hadde Stillasbyggerne totalt 9,3 årsverk. Av disse var 1,2 årsverk knyttet til administrasjon, som inkluderte daglig drift og fasilitering av samarbeid på systemnivå (samarbeid mellom barneverntjenester og spesialisthelsetjenester). Det var videre 6,7 årsverk til oppfølging av saker. Dette inkluderte 6 stillasbyggere i fulle stillinger og deler av årsverk til 2 andre ansatte (inkludert daglig leder) som også bisto i dette arbeidet, blant annet med drøfting av funn fra kartlegging og vurdering av fargekode («fargelegging»). Stillasbyggerne anslo at det i 2021 var 1,4 årsverk knyttet til utviklingsarbeid.

⁶ Bufdir har tildelt tilskuddsmidler til Stillasbyggerne for 2022 for å utvikle et forslag til implementeringsstøttesystem. Tilskuddet utgjør om lag 1 million kroner (Samfunnsøkonomisk analyse av Stillasbyggerne, Akershus universitetssykehus, 2021).

⁷ Måten Stillasbyggerne jobber på kan påvirke ressursbruken i de andre involverte tjenestene, og den

Samfunnsøkonomiske analysen av Stillasbyggerne viste at det i de øvrige tjenestene var erfaringer med både økt og redusert tidsbruk. Analysen ga ikke grunnlag for å fastslå om tidsbruken i øvrige tjenester går opp eller ned (Samfunnsøkonomisk analyse av Stillasbyggerne, Akershus universitetssykehus, (Oslo Economics) 2021).

4.5.2 Kostnader fremover

Fra 2023 vil Stillasbyggerne ha 12 årsverk, og de bistår barneverntjenesten i langt flere kommuner enn i 2021. Det er også en endring i sammensetningen av saker fordi Stillasbyggerne ikke lenger vil være involvert i saker der oppfølgingen fungerer godt. I samtale med Stillasbyggerne har de også fortalt at de har en jevnere ressursfordeling enn tidligere, fordi de bruker noe mindre ressurser på de mest krevende sakene. Mens bortfallet av de enkle sakene vil bidra til å øke gjennomsnittskostnaden per sak, vil redusert ressursbruk i de mest krevende sakene bidra til å redusere gjennomsnittskostnaden. Gjennomsnittskostnaden per sak vil derfor kunne endre seg fra det analysen basert på tallene fra 2021 viste. Stillasbyggerne ventet selv at gjennomsnittlig ressursbruk per sak fremover vil være lavere enn i 2021, og dette innebærer i så fall at gjennomsnittskostnaden per sak blir lavere.

4.5.3 Kostnader i det samlede tjenesteapparatet

Stillasbyggernes arbeid kan påvirke ressursbruken i andre tjenester i hjelpeapparatet rundt barna. Arbeidet deres kan både føre til økt og redusert ressursbruk i andre tjenester. Fordi Stillasbyggerne tar en aktiv rolle i koordineringen av tjenestene, kan de bidra til at barnevernet kan redusere sin ressursbruk knyttet til koordinering. Det er barnevernet som har det formelle ansvaret for koordineringen, men Stillasbyggernes arbeid kan likevel avlaste barnevernet. Ettersom Stillasbyggerne gir psykisk helsehjelp, kan de også avlaste ordinær BUP. Dersom Stillasbyggernes innsats gir bedre og mer helhetlig hjelp, kan dette også på sikt redusere barnas behov for oppfølging og hjelp, og på denne måten avlaste andre tjenester.

Samtidig kan Stillasbyggernes innsats medføre at flere tjenester kobles på, og at tjenestene strekker seg lenger i oppfølgingen enn de ellers ville gjort. Dette vil gi økt ressursbruk i andre tjenester.

Det er trolig variasjon på tvers av Stillasbyggernes saker om innsatsen deres gir økt, redusert eller uendret ressursbruk i andre tjenester. Endringen i ressursbruk i det samlede tjenesteapparatet som følger av at Stillasbyggerne er inne i en sak er dermed usikker.

4.6 Erfaringer

Samlet sett er erfaringene med Stillasbyggerne svært gode, og samarbeidspartnere i ulike tjenester opplever at Stillasbyggerne bidrar til bedre og mer koordinerte tjenester for barna de følger opp.

Kompetanseoverføring til andre tjenester

Flere av informantene som samarbeider med Stillasbyggerne fortalte at Stillasbyggerne fungerer som en faglig sparringspartner, og at særlig psykologkompetansen er en verdifull ressurs inn i arbeidet med barnet. En ansatt i barnevernet opplevde at Stillasbyggerne var en viktig sparringspartner i faglige diskusjoner om barnet, og hans erfaring var at Stillasbyggerne var en god støttespiller i å huske på hva barnet trenger. Informanten påpekte også at faglige diskusjoner om barna innebar kompetanseoverføring begge veier, både fra Stillasbyggerne til barnevernet, og motsatt. Den samme informanten mente Stillasbyggerne er viktige fordi de bidrar med kapasitet og kompetanse, men at det særlig er kompetansen deres på samarbeid og psykologfaglige spørsmål, samt evnen til å se helheten i barnets situasjon som er verdifull. I tidligere rapporter har det kommet frem at barnevernet opplever det som særlig positivt at Stillasbyggerne er en tjeneste som kan gi hjelp, støtte og faglige vurderinger av barna i tilfeller der BUP har avslått saken (Oslo Economics, 2021).

Informanten fortalte videre at Stillasbyggerne hadde gitt veiledning knyttet til forståelse av atferd og hvordan det er lurt å snakke med barnet. Et eksempel på dette var at Stillasbyggerne kunne dele kunnskap fra sin kartlegging, av typen «I vår kartlegging har vi sett at Ola har utfordringer med språk, og vi har hatt god erfaring med å billedgjøre ting for Ola». Den barnevernansatte opplevde dette som nyttige innspill som bidro til å gjøre hans jobb enklere. Den samme informanten fortalte også at Stillasbyggerne kan gi veiledning knyttet til samarbeid, for eksempel hva det er lurt å si i møtene med andre aktører dersom man ønsker å få til et godt samarbeid.

En ansatt i barnevernet fortalte at lærdommer fra arbeidet med Stillasbyggerne også hadde vært nyttig inn i arbeidet med andre saker. Informanten fortalte at Stillasbyggerne hadde bidratt til bevissthet rundt å identifisere hvor skoen trykker – hva det er som er utfordrende, og å få informasjon om hvordan samarbeidet har fungert tidligere. Informanten opplevde også å selv ha blitt tydeligere på roller og rolleavklaring, og å definere hvem som har ansvar for hvilke oppgaver.

På Milepælen fortalte en ansatt at erfaringen der var at kompetanseoverføringen fra Stillasbyggerne bidrar til at de ansatte på institusjonen kan gi barna den hjelpen de trenger der de er, og at det er viktig at de ansatte på institusjonen får god veiledning og støtte i oppfølgingen av barna. Det ble også påpekt at en viktig forskjell mellom Stillasbyggerne og BUP, er at Stillasbyggerne snakker med de ansatte ved institusjonen om hvordan de bør jobbe med barnet,

mens BUP i liten grad gir råd om hvordan de skal jobbe med barnet.

Informanter fra flere ulike tjenester fortalte at opplevde at Stillasbyggerne var en viktig ressurs for å hjelpe aktørene rundt barnet med «å se bak atferden» og forstå atferdsuttrykkene. En fosterfamilie fortalte også at Stillasbyggerne hadde vært flinke til å hjelpe både dem og skolen med å forstå barnets behov i en tid da disse forandret seg mye.

Stillasbyggerne koordinerer de øvrige tjenestene

Stillasbyggerne selv er tydelige på at de tar en koordinerende rolle i sakene de er inne i. Blant informantene vi har snakket med i øvrige tjenester har det vært noe variasjon i hvor bevisste de har vært på at Stillasbyggerne har hatt denne koordinatrollen i sakene der de har jobbet sammen.

Et eksempel på en som var bevisst Stillasbyggernes koordineringsrolle var en ansatt i barnevernet. Den barnevernsansatte var fornøyd med at Stillasbyggerne tok denne rollen og sørget for at aktørene trakk i samme retning. Informantens erfaring var at uten Stillasbyggerne er det barnevernet som tar koordinatrollen, og vedkommende understreket også at det er barnevernet som har det koordinerende ansvaret. Dersom det er behov for det kan barnevernet stille med en ekstra kontaktperson for å fylle både koordinatrollen og den som gjør barnevernets vurderinger. Informanten mente likevel at det var en annen ressurs å ha med Stillasbyggerne fordi de i tillegg til kapasitet, bidrar med en annen kompetanse enn barnevernet har selv. Informanten mente også at Stillasbyggerne bidrar til et godt samarbeidsklima.

En annen informant pekte også på viktigheten av at Stillasbyggerne får de ulike aktørene til å jobbe i samme retning, og at de «hanker inn folk» som de mener bør involveres i samarbeidet. I intervju med en i målgruppen for Stillasbyggernes oppfølging, kom det også frem at det oppleves som en trygghet å vite at det er noen som tar denne rollen.

En annen ansatt i barnevernet fortalte at hen opplevde at Stillasbyggernes arbeid og koordinering gjorde det enklere for de ulike aktørene å ha fokus på sine oppgaver og barnets behov. Informanten opplevde at Stillasbyggernes involvering gjorde at det ble stilt høyere krav til å være pålogget saken, og at dette gjorde at informanten kjente ungdommene bedre og lettere kunne hjelpe dem i riktig retning og med å ta de rette valgene.

Et annet moment knyttet til koordinering, er hvilken rolle Stillasbyggerne selv har i oppfølgingen av barnet. En av informantene vi snakket med som var ansatt i helsetjenesten, fortalte at hen i starten hadde

vært usikker på hvilken rolle psykologspesialisten fra Stillasbyggerne skulle ha i behandlingen, for eksempel om det var informanten eller psykologspesialisten fra Stillasbyggerne som hadde ansvar for å foreta risikovurderinger av ungdommen og utarbeide kriseplan. Informanten fortalte at de hadde fått avklart ansvarsfordelingen etter hvert, men pekte på det er viktig at det ikke skjer misforståelser knyttet til behandlingsansvaret og hvem som skal gjøre hva når Stillasbyggerne kobles på.

5R-avtalen bidrar til godt samarbeid

Samtlige av aktørene vi snakket med hadde gode erfaringer med 5R-avtalen og opplevde at den bidro til tydeliggjøring av viktige elementer i samarbeidet.

En fosterfamilie og ungdom som hadde fått oppfølging fra Stillasbyggerne, fortalte at de opplevde 5R-avtalen som særlig nyttig. Deres erfaring var at den var enkel og oversiktlig, og at det ble tydelig fordelt hvem som hadde ansvaret for hva, hvordan ting skulle gjøres og hva fosterfamilien og ungdommen kunne gjøre og ikke gjøre. Ungdommen selv opplevde at 5R-avtalen var mer konkret på hvem som hadde ansvaret for hvilke oppgaver og hva som var målet med oppgavene. Både fosterfamilien og ungdommen fortalte at de hadde vært vant til kaos der ingen visste hvem som hadde ansvaret for hva, og at det førte til at de vegret seg for å ta tak i ting. Med 5R-avtalen hadde de fått klare og tydelige forhold, og de slapp å pushe for at ting skulle skje. De fortalte også at de opplevde at Stillasbyggerne var flinke til å holde fokus, og at de «sorterte ut hva som skulle på blokka og ikke skulle på blokka nå». De beskrev videre at Stillasbyggerne var gode til å holde ungdommen i sentrum og løfte det essensielle i en problemstilling, og at de også var flinke til å legge en ball død dersom de vurderte at det var det mest konstruktive for veien videre.

En ansatt i barnevernet som hadde erfaring fra å samarbeide med Stillasbyggerne i flere saker fortalte at det var kvalitetsforskjell mellom 5R-avtalene i de ulike sakene. Dette var særlig knyttet til beskrivelsen av målet og at det må være tydelig definert. Informanten var likevel tydelig på at erfaringene med samarbeidet med Stillasbyggerne generelt var gode. En annen ansatt i barnevernet fortalte at 5R-avtalene var et nyttig verktøy, og at hen gjerne skulle brukt det i flere saker dersom det hadde vært nok tid.

Skaper et godt samarbeidsklima og stor takhøyde

Blant våre informanter var det en utbredt oppfatning at Stillasbyggerne bidrar til å skape et godt samarbeidsklima med stor takhøyde. En ansatt i barnevernet fortalte at hens erfaring var at Stillasbyggerne sørger for god rolleforståelse, avklarte forventinger og tydelig oppgavedeling. Informanten understreket at dette var viktig fordi de

ofte jobber med sammensatte og utfordrende problemstillinger. Informanten mente videre at godt samarbeid ga en følelse av å jobbe i team, og at det tydeliggjorde at det ikke er noen som sitter med eneansvaret.

En fosterfamilie fortalte at de opplevde at Stillasbyggerne er gode til å skape tillit og relasjoner over tid, og at det gir grobunn for å samarbeide og jobbe videre. De fortalte videre at de ikke hadde opplevd noen av møtene med Stillasbyggerne som bortkastede, og at det hadde vært takhøyde for å ta opp utfordringer. En ungdom fortalte det hadde blitt enklere å stole på barnevernet fordi hen visste at Stillasbyggerne fulgte dem opp.

En ansatt ved Milepælen fortalte at de hadde hatt en erfaring med en situasjon de opplevde som vanskelig og frustrerende fordi de var uenige i Stillasbyggernes vurderinger og forslag til tiltak. Etter at de ansatte på Milepælen hadde tatt opp dette med Stillasbyggerne ble det etablert nye rutiner for kommunikasjon om ungdommen, og dette bedret situasjonen. Erfaringen var at de ansatte hos Stillasbyggerne hadde tatt tilbakemeldingen fint, og at de ansatte ved Milepælen opplevde å bli hørt.

Aktivisering av «stillaset»

En ansatt ved Milepælen fortalte at Stillasbyggerne er flinke til å koble på de delene av systemet rundt ungdommen som ikke fungerer, slik at ungdommen får den hjelpen den trenger. En fosterfamilie fortalte at de opplevde at Stillasbyggerne hadde vært flinke til å ta inn flere instanser i samarbeidet når det hadde vært behov for det, men også å kutte ned på antall involverte aktører når det var behov for det. Dette stemmer overens med erfaringene som kom frem i intervjuer med andre aktører, samt i en tidligere rapport om Stillasbyggerne. I rapporten vises det blant annet til at Stillasbyggerne tar en aktiv rolle i å finne ut hva som skal til for å løse et barns utfordringer, slik at de andre aktørene skal slippe å lete etter den beste hjelpen (Oslo Economics, 2021). Rapporten viser også til at flere barnevernledere fortalte at Stillasbyggerne har god oversikt over tjenestetilbudet både lokalt og nasjonalt, og at de hadde gitt barnevernlederne tips om tjenester de ikke kjente til.

Stillasbyggerne kan også hjelpe til å følge opp ulike tjenester ved behov for det. Flere informanter påpekte at det har stor verdi at Stillasbyggerne ikke gir seg, men at de ringer og følger opp til de får kontakt og ser at oppgaven blir fulgt opp. En fosterfamilie fortalte at Stillasbyggerne hadde gitt verdifull hjelp i kontakten med NAV. For fosterfamilien hadde NAV vært en uoversiktlig etat de ikke klarte å navigere i, men Stillasbyggerne hadde hjulpet dem

med å finne frem i til rett person og hvilke muligheter som fantes.

Fra intervjuene kom det også frem at Stillasbyggerne kan være en brobygger til BUP. Stillasbyggerne kan bidra med å formulere henvisninger, og erfaringen til en ansatt ved Milepælen var at henvisningene fikk en annen tyngde når Stillasbyggerne hadde bidratt.

En av Stillasbyggernes samarbeidsaktører i helsetjenesten fortalte at møtefrekvensen i en periode hadde vært høyere enn det informanten vurderte som nødvendig. Møtehyppigheten hadde blitt redusert etter en stund, men den første perioden hadde informanten vurdert å si fra at det ikke var nok ressurser i deres tjeneste til å delta på såpass hyppige møter. Informanten påpekte at tiden som ble brukt på møter gikk ut over den tiden som var tilgjengelig til å gi behandling til barnet.

Enkelte av samarbeidspartnerne vi snakket med, ønsket seg mer informasjon om når de kunne ta kontakt med Stillasbyggerne. Dette handlet både om i hvilken grad det var mulig å koble dem på i andre saker, og om det var mulig å ta kontakt igjen i en sak der samarbeidet hadde blitt avsluttet, men de opplevde at det var behov for å ta opp igjen kontakten. Dette kan tyde på at Stillasbyggerne fortsatt har en jobb med å forankre og forklare sin rolle ute i de øvrige tjenestene, slik at det ikke er tvil om når de er en aktuell samarbeidspartner.

Bedre tilgang til psykisk helsehjelp

Barna som henvises til Stillasbyggerne klarer som regel ikke å nyttiggjøre seg ordinær BUP. Det kan være flere grunner til dette, for eksempel at ordinær BUP ikke kommer i posisjon til å hjelpe, eller at barnet ikke klarer å møte til time og derfor blir skrevet ut fra behandling. Flere av informantene fortalte at de opplever det som en viktig del av Stillasbyggernes tilbud at de kan jobbe mer fleksibelt enn ordinær BUP og gi psykisk helsehjelp til barna. Informantene understreket viktigheten av at Stillasbyggerne ikke krever at barnet kommer til deres kontor, men at de er villige til å reise ut og møte barnet på andre arenaer.

RBUP gjennomførte i 2021 en kartlegging av Stillasbyggerne der de blant annet intervjuet ungdom som hadde fått oppfølging av Stillasbyggerne. Samtlige av ungdommene de intervjuet, fortalte at det var viktig at Stillasbyggerne var villige til å møte dem andre steder enn på et kontor (RBUP, 2021). En av ungdommene fortalte dette: «Jeg tenker at en grunn til det gode samholdet er at ulik på BUP så trenger du ikke gå inn i et stort bygg, snakke i et grått og tett kontor, på ukomfortable stoler. Altså du snakker ikke med en person som skal hjelpe deg, det føles mer som om du blir satt i en situasjon hvor man føler seg skyldig for å være der».

Økt tilgjengelighet

En fosterfamilie fortalte at de opplevde tilgjengeligheten til Stillasbyggerne som en viktig forskjell fra barnevernet. Deres erfaring var at Stillasbyggerne som regel bare var noen tastetrykk unna, mens det kunne være vanskelig og tidkrevende å få tak i barnevernet.

Enkelte av aktørene vi snakket med fortalte at de skulle ønske Stillasbyggerne var nærmere plassert geografisk, slik at det ble enklere å møtes fysisk. De påpekte samtidig at de opplevde Stillasbyggerne som fleksible og villige til å reise når det var behov for det.

Barnet kan bli sett med nye øyne

Den psykologfaglige kompetansen ble også trukket frem som en mulighet for barnet til å bli sett med nye øyne. En ansatt i barnevernet fortalte at dersom Stillasbyggerne får samtykke til det, kan de gå inn og lese barnevernsmappen og helsejournalen til barna og vurdere saken på en annen måte enn for eksempel en person med barnevernfaglig kompetanse. Det ble samtidig påpekt at det er en fordel at Stillasbyggerne jobber i team med både psykologfaglig og barnevernfaglig kompetanse, og at de to ulike profesjonene bidrar til at barnet blir sett fra ulike synsvinkler.

En informant fortalte at hen opplevde det som positivt at psykologene hos Stillasbyggerne i begrenset grad var opptatt av diagnose. Informantens erfaring var at Stillasbyggerne ser på diagnose som ferskvare og ikke en varig beskrivelse av ungdommen, men at diagnosen er en veiledning til hvordan ungdommen burde møtes. Informanten opplevde at Stillasbyggerne er flinke til å få frem at mange av ungdommens reaksjoner er normale reaksjoner på en unormal livssituasjon.

Barnets behov blir satt i sentrum

En fosterfamilie og deres fosterbarn fortalt at deres erfaring var at Stillasbyggerne hadde et annet fokus enn andre etater. Mens andre etater var opptatt av hvilke rettigheter og krav man har, var Stillasbyggerne opptatt av hvilke behov barnet har, og de brukte dette fokuset til å gi individtilpasset oppfølging. Ungdommen fortalte at det var en ny opplevelse at noen var interessert i hva hen ville og at noen ville finne en løsning hen kunne leve med. Ungdommens opplevelse var at Stillasbyggerne hadde klart å få til det hen trengte for å komme videre i sitt liv.

RBUP fant i sin kartlegging at ungdommene opplever at Stillasbyggerne er flinke til å følge det ungdommen selv ønsker (RBUP, 2021). Dette gjør at de sikrer god brukermedvirkning. En ungdom hadde i intervju fortalt dette: «[...] og de har vært veldig flinke på å følge,

lik som, hvordan jeg tenker da, ikke bare hva andre tenker og de tenker, men lik som hva jeg tenker. Det tror jeg mangler ganske mange steder».

Et eksempel på en annen situasjon der Stillasbyggerne bidro til at barnets behov ble satt i sentrum er historien om Nora i Stillasbyggernes tjenestebeskrivelse (Stillasbyggerne, 2021). Et utdrag av denne historien er gjengitt i Figur 4-1. Eksempellet beskriver en situasjon der tjenestenes oppfatning av barnets behov ikke var det samme som det behovet barnet selv opplevde. En medvirkende årsak til at slike situasjoner oppstår, kan være at tjenestene har begrenset med ressurser og derfor opplever et behov for å være pragmatiske og velge løsninger som er relativt enkle å gjennomføre eller som reduserer risikoen for merarbeid. Dette sammenfaller ikke nødvendigvis med barnas behov, slik de selv ser det.

Figur 4-1: Eksempel fra Stillasbyggerne på forskjeller mellom tjenestenes og barnets behov

Nora har vært akuttinnlagt og i behandling på BUP flere ganger. Hun vil begynne på internatskole. Berit (kontaktpersonen i barnevernet) er skeptisk og mener at Nora er i så dårlig psykisk forfatning at hun trenger en bolig med døgnbemanning. De mener NAV må følge opp, og vil ikke støtte henne økonomisk. Berit har sagt til Nora hun ikke kan sende henne på internatskole sånn som hun har det nå – hun mener hun må gå i behandling først, og så blir hun kanskje klar for å ta fatt på planene sine.

Kontrakten med fosterhjemmet utløper. Nora flytter på internat.

I starten av denne perioden kjente skolen og fosterhjemmet på mye uro og usikkerhet, og de viste at de trengte å støtte seg på oss. Selv hadde vi behov for å drøfte våre egne vurderinger jevnlig. Vi hadde valgt å følge Noras prosjekt om å flytte på internat, uten noen god tilknytning til helsetjeneste eller omsorgspersoner i nærheten. Det kunne virke som et risikabelt prosjekt, sett i lys av barneverntjenestens ønske om å overtale Nora til å gå mer i behandling og bo et sted med høyt fokus på sikkerhet. Hvis vi hadde jobbet i den retningen, tror vi at vi hadde latt våre egne behov for sikkerhet og forutsigbarhet være førende for arbeidet vårt, på bekostning av Noras egne behov. Vi landet gang på gang på at Noras egne tanker om hva som gjorde livet verdt å leve måtte være førende, og at det fikk være oss rundt som måtte tilpasse oss underveis for å sikre at Nora var godt nok ivaretatt. Vi tror dette bidro til at Nora fikk enda bedre tak i sitt eget prosjekt og etter hvert klarte å ta stadig mer ansvar på egen hånd. Hun fikk også en opplevelse av å bli hørt på og vist tillit.

Kilde: Stillasbyggerne, 2021. Merknad: Avsnittene over er utdrag fra historien om Nora, og en mer utfyllende historie kan leses i Stillasbyggernes tjenestebeskrivelse.

Trygghet for ungdommen å oppleve godt samarbeid

I de tilfellene der ungdommen ønsker å delta i innsatsmøtene, kan dette fungere som en arena der ungdommen får en positiv opplevelse knyttet til tjenestenes samarbeid. En ansatt i barnevernet påpekte at Stillasbyggernes forberedelser til innsatsmøtene, der de ringer rundt til møtedeltakerne, er viktig for å gjøre møtene til en ok opplevelse for ungdommen. Den ansatte i barnevernet hadde også erfaring fra saker der Stillasbyggerne ikke var inne, og hadde opplevd at det var en risiko for at uenighetene mellom aktørene i seg selv ble et tema dersom aktørene kommer uforberedt til møtet, og at dette oppleves som ubehagelig for ungdommen. I møtene med Stillasbyggerne var hens erfaring derimot at ungdommen opplever det som trygt å se at

aktørene samarbeider om dem, og at det er bra for ungdommen å se at målene de selv har satt blir tatt opp. Ungdommen opplever ofte at det er mange som er inne i livene deres, og det er positivt for dem å se at de ulike delene av livet blir snakket om i helhet. Informanten mente også at det å delta i møtene og se samarbeidet kan være en trygghet for de som står nær ungdommen, enten foreldre eller fosterforeldre. Også for ansatte på institusjon kan det være en trygghet i å se at det er flere som er rundt barnet.

Kontinuitet i oppfølgingen

Ettersom Stillasbyggerne ikke avslutter oppfølgingen selv om et barn flytter til en annen kommune, er Stillasbyggerne med på å bidra til kontinuitet i oppfølgingen av barnet. I den nye kommunen kan Stillasbyggerne bidra med informasjons- og kompetanseoverføring til aktørene som skal jobbe med barnet der, slik at de raskt kan sette seg inn i hvem barnet er, barnets bakgrunn, livssituasjon og helse, samt hva som er viktig for barnet. Stillasbyggerne kan også forberede for eksempel skole og en ny fosterfamilie på hvordan de skal forstå barnet, slik at man unngår at barnet må «starte på nytt» som følge av en flytting. Barn under barnevernets omsorg har ofte flyttet mange ganger, å bidra til kontinuitet i oppfølgingen kan være av stor verdi for barna.

Betydningen av kontinuitet kom også frem i RBUPs kartlegging av Stillasbyggerne. Ungdommen beskrev at det var viktig å vite at Stillasbyggerne er tilgjengelige også etter at tiltaket er avsluttet, slik at man ikke mister en person man har fått stor tillit til: «Hun har gitt meg den sikkerheten da, på at selv om jeg ikke er en del av Stillasbyggerne lenger så kan jeg ringe henne og snakke med henne og møte henne» (RBUP, 2021).

Økt tillit til hjelpeapparatet hos barna

En informant som hadde fått oppfølging av Stillasbyggerne fortalte at deres arbeid hadde vært viktig for tilliten til de offentlige systemene og muligheten til å få hjelp fra myndighetene. Informantens erfaring var at Stillasbyggerne hadde vist hvordan systemet kan fungere, og at det ga tro på at ting kunne bli bra og fungere.

4.7 Virkninger

Som del av kartleggingsfasen benytter Stillasbyggerne et symptomkartleggingsskjema for psykisk helse (SDQ) og et skjema for kartlegging av livskvalitet (KINDL). Både barnet og omsorgsgiver fyller ut disse skjemaene, og for noen barn blir dette også gjort som del av evalueringsfasen. Disse skjemaene gir først og fremst et øyeblikksbilde av den psykiske helsen og livskvaliteten, og Stillasbyggerne

vrderer at fordi dette kan svinge mye fra dag til dag for målgruppen, er de lite egnet for å belyse virkninger av tiltaket og utvikling over tid. Generelt er det svært krevende å dokumentere effekten av tiltak som Stillasbyggerne fordi mottakerne er ulike og tiltaket tilpasses til den som mottar det.

4.7.1 Referansealternativet

Virkningene av Stillasbyggerne må vurderes opp mot virkninger av det alternative tjenestetilbudet brukerne antas å ville ha mottatt dersom de ikke hadde fått oppfølging fra Stillasbyggerne. Det er alltid saksbehandler i barneverntjenesten som har ansvar for koordineringen, og for barna i Stillasbyggernes målgruppe kan vi derfor legge til grunn at det ville vært saksbehandler som innenfor sine rammer tok den koordinerende rollen Stillasbyggerne tar.

Tjenestene har plikt til å samarbeide i saker der dette er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022). Flere av barna i målgruppen til Stillasbyggerne har trolig rett til individuell plan, men vi har ikke informasjon om hvor mange som har rett til og hvor mange som faktisk har en slik plan. En individuell plan skal være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Selv om flere av barna i Stillasbyggernes målgruppe kan ha rett til en individuell plan, er det ikke sikkert alle samtykker til utarbeidelsen av en slik plan. For barn som samtykker til at det utarbeides en individuell plan, kan en slik plan bidra til blant annet medvirkning til utforming av tjenester og tiltak, helhetlig tjenestetilbud, styrket relasjon mellom tjenesteyterne, avklaring av forventninger, forenklet kontakt med systemet og langsiktig planlegging (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019).

I hvilken grad oppfølgingen og hjelpen barna i målgruppen får blir mer helhetlig og koordinert når Stillasbyggerne er inne i en sak, vil variere både mellom ulike barneverntjenester og mellom ulike saker. Det er derfor utfordrende å si noe generelt om betydningen av at Stillasbyggerne er involvert i oppfølgingen av et barn, men det er noen kjennetegn ved Stillasbyggerne som gjør at de skiller seg fra ansatte i barnevernet, og som kan gjøre at de kan bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Barneverntjenesten er en presset tjeneste med høy arbeidsbelastning (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022). Høy arbeidsbelastning kan gjøre det krevende å til enhver tid følge opp koordineringen med andre tjenester på en tilstrekkelig god måte, og barnevernet har mindre ressurser til å jobbe direkte med samordningen av tjenester enn det Stillasbyggerne har.

Stillasbyggerne har også mulighet til å ta en annen rolle i koordineringen av tjenester enn en ansatt i barnevernet nettopp fordi de ikke er part i saken på samme måte som barnevernet. Dersom det er samarbeidsutfordringer i oppfølgingen av et barn, kan det være vanskelig for ansatte i barnevernet å ta tak i utfordringene fordi de er part i saken. Det kan derfor være en fordel for koordineringen å få inn en ekstern part som kan jobbe med eventuelle utfordringer og legge til rette for et godt samarbeid mellom tjenestene.

Fordi Stillasbyggerne har psykologfaglig kompetanse, har de mulighet til å tilby psykisk helsehjelp til barna de følger opp. I tilfellene der Stillasbyggerne gjør dette, er det fordi alle andre alternativer er prøvd ut, eller fordi de har et tillitsforhold til barnet som andre tjenester ikke har klart å etablere og som er nødvendig for å klare å gjennomføre behandlingen. Å ha denne kompetansen som del av modellen kan derfor i noen tilfeller være avgjørende for å sikre at barna får den helsehjelpen de trenger.

4.7.2 Virkninger i tjenestene

Avklare forventninger til den enkelte tjeneste

Stillasbyggernes arbeid påvirker de øvrige tjenestene som jobber med barna, og den viktigste virkningen for tjenestene fremstår å være at Stillasbyggerne bidrar til å avklare roller og forventninger mellom de ulike aktørene. Dette gjør det enklere for aktørene å vite hvor de har hverandre, hvilke forventninger de kan ha til andre og hvilke forventninger andre har til dem. Det er også viktig at Stillasbyggerne bidrar til at tjenestene trekker i felles retning, og at de blir minnet på å ha barnets helhetlige behov og mål i fokus for arbeidet de gjør. Stillasbyggerne bidrar til at behovet innenfor et enkelt område i barnets liv, for eksempel skole, helse eller sosial deltakelse, ikke kommer i veien for å se barnets liv som en helhet, der barnets mål og behov for god livskvalitet er i sentrum.

Mer ressurser og bedre tjenester

Basert på intervjuer med tjenester i hjelpeapparatet rundt barna, fremstår det også å være en viktig virkning at tjenestene rundt barna som følges opp av Stillasbyggerne i en del tilfeller strekker seg lengre i oppfølgingen enn de ellers ville gjort. Dette handler om at tjenestene i noen tilfeller bruker mer tid enn vanlig, men også om at tjenestene blir minnet på å hele tiden ha fokus på barnet og barnets livskvalitet. Det å bruke mer ressurser på oppfølgingen i en periode, kan også gjøre at det er mulig å bruke mindre ressurser senere, fordi oppfølgingen gjør at barnet får en mer stabil hverdag. Flere fortalte at de opplever at barna som følges opp av Stillasbyggerne fortjener denne ekstra innsatsen.

Kompetanseoverføring til andre tjenester

Kompetanseoverføring til de kommunale tjenestene virker også å være en viktig virkning av Stillasbyggernes arbeid. Ettersom Stillasbyggerne har psykologkompetanse, kan de bidra med kompetanseoverføring til ansatte i tjenestene de samarbeider med. Kompetanseoverføringen er som hovedregel knyttet til et bestemt barn, for eksempel hvordan atferdsuttrykk kan forstås eller hvordan det er lurt å kommunisere med barnet. Dette kan bidra til å gjøre arbeidet deres enklere, og det kan gi dem nye verktøy som gjør at de kan møte barna på en hensiktsmessig måte.

Kontinuitet i oppfølgingen

Videre er kontinuiteten i oppfølgingen en viktig virkning av Stillasbyggernes arbeid. Mange har opplevd en rekke relasjonsbrudd og har måttet starte på nytt med å bygge relasjoner til ulike voksne. Fordi Stillasbyggerne ikke avslutter sin oppfølging eller skriver noen ut fra tiltaket, og også følger opp på tvers av kommunegrenser, har barna de følger opp en trygghet i at de alltid har mulighet til å få oppfølging fra Stillasbyggerne dersom de har behov for det.

4.7.3 Virkninger for brukerne

Stillasbyggernes arbeid skal gi mer helhetlige og koordinerte tjenester, og dette kan både skje via virkninger gjennom øvrige tjenester, og som en direkte virkning av Stillasbyggernes arbeid.

Bedre livskvalitet for barna

Den viktigste virkningen for barna som følges opp, er at Stillasbyggernes arbeid bidrar til at de kan få bedre livskvalitet. Stillasbyggerne sørger for at barnas liv blir sett som en helhet. De jobber for at barnas behov og mål skal være i sentrum for oppfølgingen, og at ulike behov innenfor enkeltområder av barnas liv ikke skal gjøre at tjenestene trekker i ulik retning. Dette gjør at det skapes en felles retning for arbeidet på tvers av ulike aktører.

Stillasbyggerne kan også bidra til bedre livskvalitet hos barna ved at de tilbyr samtaler og behandling hos psykolog til barn som ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudet som gis fra BUP, eller som ikke får tilbud fra BUP. Psykologkompetansen hos Stillasbyggerne gjør at disse barna likevel får behandling og hjelp til sine psykiske vansker, og de kan få bedre psykisk helse. Dette kan igjen gjøre at de håndterer andre områder av livet bedre, for eksempel relasjoner til venner og familie, skole og bruk av rusmidler, og samlet sett får bedre livskvalitet på både kort og lang sikt.

4.7.4 Virker tiltaket i tråd med målene?

Som beskrevet i avsnitt 4.2, har Stillasbyggerne tre definerte mål.

Fange opp og følge opp barn og unge med psykiske problemer under barnevernets omsorg

Frem til høsten 2022 har målgruppen til Stillasbyggerne vært avgrenset til barn og unge under barnevernets omsorg i de seks samarbeidskommunene, samt ved Milepælen. I perioden da målgruppen var avgrenset til barn i samarbeidskommunene, ble alle barn under barnevernets omsorg i disse kommunene fulgt opp av Stillasbyggerne. Basert på dette er vår vurdering at Stillasbyggerne har nådd dette målet.

Høsten 2022 åpnet Stillasbyggerne også opp for henvisninger fra alle kommuner i Ahus' opptaksområde. Per desember 2022 hadde Stillasbyggerne ikke avvist noen saker.

Bidra til at samarbeidet mellom barneverntjenesten og deres samarbeidspartnere blir så bra som mulig

Dette målet er direkte knyttet til kjerneaktivitetene i Stillasbyggernes arbeid. Basert på informasjonen innhentet gjennom intervjuer, samt tidligere rapporter og analyser, virker det som Stillasbyggerne i stor grad når dette målet. Aktørene som samarbeider med Stillasbyggerne opplever at samarbeidet fungerer godt, både med Stillasbyggerne og andre aktører rundt ungdommen. Informasjonen både fra intervjuer og en tidligere rapport viser at Stillasbyggerne ser ut til å lykkes med å skape en felles forståelse av barnet og ha barnets mål i sentrum for oppfølgingen (RBUP, 2021). De klarer å få de nødvendige tjenestene på banen og koble dem på samarbeidet, og de lykkes med å etablere gode samarbeid på tvers av faggrupper. I tillegg har flere gode erfaringer med kompetanseoverføring og veiledning fra Stillasbyggerne, og at dette bidrar til å gjøre tjenestene bedre. Vi vurderer derfor at Stillasbyggerne virker i tråd med dette målet.

Bidra til at barna i målgruppen får bedre livskvalitet

Dette målet kan forstås som det overordnede målet med Stillasbyggernes arbeid, og det de to første målene skal bidra til. Det eksisterer begrenset med informasjon som dokumenterer i hvilken grad Stillasbyggerne bidrar til bedre livskvalitet for barn og unge under barnevernets omsorg, men erfaringene med tiltaket tyder på at Stillasbyggernes arbeid bidrar til dette målet. Vår vurdering er at det er grunn til å tro at Stillasbyggerne bidrar til at barna som følges opp av dem får bedre livskvalitet, fordi Stillasbyggerne sikrer at barna får mer helhetlig og koordinert hjelp, samt nødvendig psykisk helsehjelp.

4.8 Suksesskriterier og utfordringer

Stillasbyggerne er i dag etablert ett sted i landet, men det er planer for videreutvikling av tilbudet (Stillasbyggerne, 2022). For at Stillasbyggerne skal

fortsette å nå målene sine i arbeidet som skjer fra Ahus, samt i eventuelle nye etableringer andre steder, er det viktig med bevissthet rundt hva som er modellens suksessfaktorer og hvilke utfordringer den kan føre med seg.

Selv om Stillasbyggernes oppfølging tilpasses til hvert enkelt barn, bruker de en relativt fast modell for involvering og aktivering av stillaset. De bruker en samarbeidsavtale for å etablere roller og retningslinjer for samarbeidet, de etablerer møter og arenaer for samhandling og evaluerer oppfølgingen slik at de sikrer at barnet alltid er i fokus. Dette er prinsipper som har vist seg å være viktige for å få til god samhandling (Ruud & Weimand, 2018).

I intervjuer med samarbeidsaktørene til Stillasbyggerne, kom det frem at mange opplever at kombinasjonen av psykologfaglig og barnevernfaglig kompetanse er en viktig suksessfaktor for å lykkes med den rollen Stillasbyggerne tar. Det ble trukket frem at den psykologfaglige kompetansen er viktig for å kunne få en ny faglig vurdering av barnet, i tillegg til at de kan gi psykisk helsehjelp på andre arenaer enn det de ordinære tjenestene tilbyr. Dette funnet stemmer også overens med funnene den gjennomførte samfunnsøkonomiske analysen av Stillasbyggerne (Oslo Economics, 2021).

En suksessfaktor for at oppfølgingen fra de ulike tjenestene rundt et barn skal bli helhetlig og koordinert, virker å være at aktørene har en felles forståelse av barnet og hva de jobber mot. Stillasbyggerne legger stor vekt på dette i sitt arbeid, og er opptatt av å sette ord på dette. Det skal være barnets mål som er i sentrum, slik at dette målet også er det målet aktørene jobber mot. Videre er Stillasbyggerne opptatt av å knytte dette spørsmålet opp til målbare planer, slik at det er mulig å vurdere om arbeidet gir effekt og barnet får det bedre.

Ettersom barna i Stillasbyggernes målgruppe ofte har komplekse og sammensatte problemer, er det krevende saker å jobbe med. Dette gjelder både for de ansatte i Stillasbyggerne, og for de ansatte i tjenestene de samarbeider med. Et moment som ble nevnt som viktig av Stillasbyggerne for å lykkes i arbeidet over tid, er at man i samarbeidet også må få frem det som er positivt «når det brenner overalt». Dette skal blant annet skje gjennom jevnlige evalueringer med aktørene i stillaset, der evalueringen også innebærer å se på hva de har fått til. En ansatt i Stillasbyggerne påpekte at det ellers er lett å glemme at arbeidet faktisk går fremover, og at når nye problemer dukker opp, kan det være lett å glemme problemene man har løst.

En tidligere rapport om Stillasbyggerne, pekte på at det kan være en utfordring at Stillasbyggernes rolle i

noen tilfeller er utydelig og at mandatet er uklart (RBUP, 2021). Enkelte aktører beskrev at Stillasbyggerne kan oppleves som skarpe, kritiske eller masete. En informant i den tidligere rapporten beskrev dette: «Jeg har også opplevd det som beskrives her at det kan være litt sånn skarp kritikk, «ja, men nå må dere bang-bang», også er det kanskje ikke helt i tråd med det vi tenker nødvendigvis, også gir de seg ikke helt på de argumentene de kanskje har sett for seg da». En av informantene vi snakket med, påpekte at det er viktig at Stillasbyggerne ikke må bli betraktet som noen som kommer og passer på at de andre tjenestene gjør jobben sin. Samtidig sa informanten at måten Stillasbyggerne møter de andre aktørene i stillaset er oppskriften på å ikke få piggene ut.

I intervjuene gjennomført i forbindelse med denne rapporten, er det også flere av Stillasbyggernes samarbeidsaktører som har fortalt at de i starten ikke helt skjønnte hvem Stillasbyggerne var og hva de skulle gjøre. Behovet for å avklare sin egen rolle er trolig særlig viktig i samarbeidet med andre aktører i helsetjenesten, fordi det her kan oppstå usikkerhet rundt behandlingsansvaret for barnet. Stillasbyggerne har selv fortalt at de jobber med å tydelig formidle hvilken rolle de skal ha og hva de kan bidra med. Basert på den innsamlede informasjonen, virker det å være svært viktig at Stillasbyggerne tydelig formidler hvem de er, hva de gjør og hva de ikke gjør, samt hvorfor de gjør dette når de starter samarbeid med nye aktører. Dette gjelder både når et nytt barn skal få oppfølging fra Stillasbyggerne, og når nye aktører kommer inn i samarbeidet rundt et barn og skal delta i møtene med Stillasbyggerne.

Stillasbyggerne har selv identifisert seks suksesskriterier for etablering (Stillasbyggerne, 2021).

1. Forankring: Tjenesten må forankres på mange nivåer og i flere tjenester samtidig. Det er også viktig med forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene man skal bistå, og det er behov for forankring hos toppledelsen, mellomledere og hos hver enkelt kontaktperson. Forankring i barneverntjenesten er spesielt krevende som følge av stort gjennomtrekk av ansatte.
2. Tillitsbasert ledelse: Ledere må ha tillit til at de ansatte driver faglig forsvarlig praksis innenfor sin profesjonsetikk.
3. Økonomi: Ved etablering av en ny tjeneste trenger man kunnskap om tjenesteutvikling og et ønske om å satse på innovative tjenester.
4. Rekruttering: Det er viktig med medarbeidere som har engasjement for målgruppen og som brenner for utvikling av nye tjenester.
5. Målorientert arbeid: Det er nødvendig med kontinuerlig planlegging, testing, evaluering, endring og ny testing for å sikre at det som igangsettes har ønsket effekt.

6. Uværsmodell: Det er nødvendig å snakke om hva man skal gjøre hvis man oppdager at man er på kollisjonskurs, samt å snakke om at det kommer til å oppstå faglige uenigheter og høy temperatur når man jobber med barnevern.
7. Anerkjennelse forskjeller i tjenestekulturer: Det er viktig å snakke om kulturforskjeller for å skape en inngang til å snakke om de ulike kulturene og hva som trengs for at de skal forstå hverandre.

De fire første punktene handler først og fremst om samhandlingen som skjer på systemnivå, mens de tre siste punktene er knyttet til samhandlingen rundt det enkelte barn. Punkt fem handler om at Stillasbyggerne for hvert enkelt barn er opptatt av at barnets mål skal være i fokus, og at aktørene i stillaset i fellesskap skal jobbe mot dette målet. Punkt seks beskriver Stillasbyggernes arbeid for å få aktørene til å kjenne hverandre godt nok til at de kan etablere et samarbeid der det er takhøyde for å snakke om både det som fungerer og det som ikke fungerer, samt hvordan man skal håndtere uenigheter. Det siste suksesskriteriet for etablering handler om å erkjenne at de ulike tjenestene har ulike kulturer og ansatte med ulike fagbakgrunn. Det er derfor viktig å snakke om hvilke forventninger de ulike tjenestene har til hverandre, og hva man faktisk kan forvente.

4.9 Oppsummerende vurdering av Stillasbyggerne

I dette kapittelet oppsummerer vi sentrale kjennetegn ved Stillasbyggerne, og vi drøfter ulike sentrale elementer ved modellen og dens virkemåte.

Stillasbyggernes bruker en fast modell for samordning

Stillasbyggernes arbeidsmetode innebærer en fast modell for samarbeidet rundt barn og unge. Når nye barn får tilbud om oppfølging fra Stillasbyggerne, blir det innledningsvis gjennomført en kartlegging av barnet og barnets behov, aktørene rundt («stillaset») og hva som skal til for å bidra til økt livskvalitet for barnet. Stillasbyggerne jobber i par, der én har psykologfaglig kompetanse og én har barnevernfaglig kompetanse. Stillasbyggerne skal hjelpe aktørene rundt barnet til å samarbeide godt, og de gjennomfører møter der de samler aktørene. Hyppigheten på disse møtene tilpasses behovet til det enkelte barn. I møtene og i arbeidet med oppfølgingen bruker Stillasbyggerne teamutviklingsverktøyet 5R, som er en avtale der det for hvert barn blir beskrevet retning, rammer, roller, regler, og relasjoner i samarbeidet. Stillasbyggerne tilbyr psykisk helsehjelp til barn som ikke klarer å nyttiggjøre seg tjenestene fra ordinær BUP, eller i saker der de har et tillitsforhold til barnet som andre tjenester ikke har klart å etablere og som

er nødvendig for å klare å gjennomføre behandlingen.

Kommunene i opptaksområdet til Ahus kan henvise barn under barnevernets omsorg til Stillasbyggerne

Stillasbyggernes målgruppe er avgrenset til barn og unge mellom 0 og 25 år (inkludert ettervern) som er eller har vært under barnevernets omsorg i kommunene i opptaksområdet til Ahus. I tillegg følger de opp barn ved barneverninstitusjonen Milepælen. Modellens målgruppe sammenfaller dermed i stor grad med gruppen som er beskrevet i mandatet for dette prosjektet – barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. Stillasbyggernes målgruppe inkluderer imidlertid ikke barn i barnevernet med frivillig plassering utenfor hjemmet. Ettersom også disse barna kan stå i fare for å ikke få den hjelpen de har behov for, eller få dårlig koordinerte tjenester, kan det tenkes at det er behov for at også denne målgruppen inkluderes i Stillasbyggernes målgruppe på sikt.

Stillasbyggerne bidrar til helhetlig og koordinert oppfølging

Samlet sett virker erfaringene med Stillasbyggerne å være svært gode. Stillasbyggerne opplever selv at arbeidsmåten deres legger til rette for at aktørene får en felles forståelse av barna, og at de bidrar til å tydeliggjøre de ulike aktørenes ansvar og roller. Dette bidrar igjen til helhetlig og koordinert oppfølging, og at barnet holdes i fokus for det som gjøres. Samarbeidspartnerne vi har snakket med har også vært fornøyde med å ha Stillasbyggerne med i samarbeidet rundt barna.

Oppfølgingen av barna tilføres ekstra ressurser når Stillasbyggerne kobles på

For tjenestene som samarbeider om oppfølgingen av barna, innebærer involveringen fra Stillasbyggerne at det tilføres ekstra ressurser til oppfølgingen av barna. Det kan fungere som en avlastning av andre tjenester at Stillasbyggerne kommer inn og tar koordinatrollen i sakene, men Stillasbyggernes arbeid kan også innebære at de øvrige tjenestene bruker med tid på oppfølgingen enn de ellers ville gjort. Det virker å variere på tvers av saker og aktører i hvilken grad aktørene opplever at involveringen fra Stillasbyggerne medfører ekstraarbeid eller er en avlastning. Det virker likevel som Stillasbyggernes samarbeidsaktører generelt er fornøyde med å jobbe med Stillasbyggerne, og at de opplever at det bidrar til bedre oppfølging av barnet.

Forankring av Stillasbyggernes rolle er viktig i alle samarbeid de deltar i

Ettersom Stillasbyggerne for mange er en ukjent tjeneste, er det viktig at de jobber systematisk med å forankre og formidle til aktørene i stillaset hvilken rolle de selv har i oppfølgingen. Ettersom samarbeids-

aktørene varierer på tvers av sakene, er det et nesten kontinuerlig behov for å jobbe med dette. En del av tjenestene de samarbeider med er også preget av utskifting av personale, og dette betyr at de også i tjenester de har samarbeidet med tidligere, må være tydelig på hvilken rolle de har. Avklaring av roller kan være særlig viktig i samarbeid med helsetjenesten, slik at det ikke oppstår usikkerhet rundt hvem som har ansvar for behandlingen og den helsefaglige vurderingen av barna.

Stillasbyggernes arbeid bidrar barna de følger opp blir prioritert i relevante tjenester i hjelpeapparatet

I sakene der Stillasbyggerne er inne, fungerer de som en pådriver for at de andre tjenestene skal strekke seg og prioritere oppfølgingen av ungdommen. Dette kan i mange tilfeller være bra, ettersom barna i Stillasbyggernes målgruppe er barn som har økt risiko for å falle mellom to stoler og ikke få den oppfølgingen de trenger. Det er samtidig verdt å stille spørsmål ved hva dette betyr for de øvrige barna som følges opp av disse tjenestene, for eksempel barnevern, PPT, BUP og skolehelsetjenesten. En informant i helsetjenesten fortalte blant annet at det ikke hadde vært mulig å følge opp alle barn på samme måte som det Stillasbyggerne legger opp til for barna de jobber med. I intervjuene har det også kommet frem at kompetanseoverføringen fra Stillasbyggerne kan være nyttig i andre saker aktørene i stillaset jobber med, og på denne måten også kommer andre barn til gode. Alt i alt vurderer vi derfor at det ikke er grunn til å tro at andre barn kommer vesentlig dårligere ut som følge av Stillasbyggernes arbeid.

Barna som får oppfølging fra Stillasbyggerne, får i større grad hjelpen de har behov for

Stillasbyggernes arbeid med å etablere gode samarbeid mellom aktørene og få dem til å strekke seg ekstra i oppfølgingen av barna, bidrar til at barna i større grad får de tjenestene de har behov for.

Det er en viktig virkning at Stillasbyggerne gir psykologfaglig hjelp til barn som ikke klarer å

nyttiggjøre seg behandlingen i ordinær BUP. Det kan være flere årsaker til at de ikke klarer å nyttiggjøre seg disse tjenestene, for eksempel at tjenestene ikke kommer i posisjon til å hjelpe, eller at de ikke klarer å jobbe fleksibelt nok. Barn som kan nyttiggjøre seg behandling i ordinær BUP bli som regel ikke henvist til Stillasbyggerne.

Det er også en sentral virkning for barna at deres helhetlige behov og mål blir satt i fokus i oppfølgingen. Stillasbyggerne jobber kontinuerlig for å finne tiltak som kan gi barna bedre livskvalitet, og de er opptatt av at dette skal være styrende for innsatsen fra aktørene rundt barna.

Stillasbyggerne må ha kompetanse på å etablere gode samarbeidsmiljø der det er rom for både å stille høye krav og støtte hverandre

Arbeidet til Stillasbyggerne stiller høye krav til kompetansen til de ansatte. Stillasbyggerne går inn i saker med sammensatte og komplekse problemstillinger, og i den koordinerende rollen Stillasbyggerne tar kan det være behov for at de er tett på de andre tjenestene og følger opp det de gjør. Dette krever trygghet i rollen, samt erfaring med å ta denne typen ansvar. Samtidig skal Stillasbyggerne også kunne være en brobygger mellom de andre tjenestene og en aktør de ønsker å ha med i samarbeidet. Stillasbyggerne skal med andre ord være en part som stiller høye krav til kvalitet fra de andre tjenestene og får dem til å strekke seg ekstra, og samtidig være en aktør som skaper en god samarbeidsarena der det er takhøyde for å ta opp både det som fungerer og ikke fungerer rundt barnet. Dette er en utfordrende balansegang, og det innebærer at rekruttering av de rette medarbeiderne er svært viktig. Den interne kulturen hos Stillasbyggerne er også trolig viktig for at de ansattes skal lykkes med å håndtere denne balansegangen, i tillegg til at det er en fordel å ha barnevernfaglige med erfaring fra barneverntjenesten. Dette bidrar til å sikre legitimitet og forståelse av hvordan de kommunale tjenestene fungerer, og hvilke rammer de må forholde seg til.

5. Evaluering av DUE

«Der ungdommen er» (DUE) er et miljøterapeutisk oppfølgingstiltak for barn og unge, som også koordinerer andre tjenester. Idégrunnlaget til DUE er å hjelpe ungdom som har behov for ekstra støtte i overgangen til voksenlivet. Tiltaket er et frivillig hjelpetiltak i barnevernet, for barn og unge som bor i hjemmet eller i egen bolig gjennom botiltak. DUE har ikke en egen modell for koordinering av tjenester, men tilpasser koordineringen etter den enkelte ungdommens behov. DUE-modellen er utviklet i Bergen kommune, og er senere også etablert i Bodø kommune.

5.1 Overordnet om modellen

DUE er et miljøterapeutisk oppfølgingstiltak, hvor barn og unge får oppfølging fra en fast koordinator. En viktig del av koordinatorenes oppgave er å koordinere andre tjenester til barnet og sørge for at tjenestene jobber godt sammen. Koordineringen kan innebære å følge opp individuell plan, oppfølging i behandlingsapparatet eller igangsette ansvarsgruppe. Også for barn som ikke har noen av disse tiltakene, skal DUE-koordinatoren bidra til å koordinere det samlede tjenesteapparatet rundt barnet.

Tiltaket startet som et prøveprosjekt i 2003 for ungdom på vei ut av barneverntjenesten, som trengte mer oppfølging i overgangen til voksenlivet og bruk av voksentjenester. Prosjektet var et samarbeid mellom Bufetat og Bergen kommune før kommunen tok over i 2008. Bergen kommune har siden den gang videreutviklet DUE-modellen for å bygge opp et stabilt, kommunalt tilbud. Tiltaket hører nå administrativt til under Utekontakten i Bergen kommune, og DUE Bergens ledelse er ansatt her.

DUE Bergen har 43 ansatte koordinatore. Hvert barn i tiltaket får tildelt en fast koordinator som følger opp barnet gjennom tiltaket. Antall barn som følges opp varierer over tid, og tilbudet kan oppskaleres etter behov. DUE Bergen oppgir i intervju å ha 230 barn og familier i tiltaket høsten 2022. 93 av disse er ungdommer som er frivillig plassert utenfor hjemmet (jf. barnevernlovens § 4-4 annet ledd) og som har DUE som et botiltak, som innebærer at de bor på egenhånd i private utleieleiligheter med oppfølging fra tiltaket. Målgruppen for DUE er barn og unge opp til

25 år som har behov for hjelpetiltak etter barnevernloven.

DUE er også senere etablert i Bodø, basert på modellen i Bergen, men med enkelte tilpasninger. Det er kun ungdom med botiltak som følges opp i DUE Bodø, og tiltaket har rundt 30 plasser. DUE Bodø har felles drift og organisering med Foyer, som er et annet botiltak for ungdom. DUE Bodø er organisert som en del av barneverntjenesten. Målgruppen er ungdommer som er eller står i fare for å bli bostedsløse, har utfordringer knyttet til bolig, samt har behov for hjelp og veiledning for mestring av andre livsområder.

5.1.1 Faglig og teoretisk grunnlag

DUE har etablert en egen metodehåndbok fra 2012, som beskriver metoden og forutsetninger denne bygger på. Sentrale prinsipper for tiltaket er frivillighet, individuell tilpasning til den enkelte ungdoms behov, og tilgjengelighet blant koordinatorene som følger opp ungdom.

I håndboka står det at ungdommen og koordinatoren skal utarbeide en plan for hver enkelt ungdom, med tydelige og realistiske mål. Planen skal også gi konkrete ansvarsoppgaver til de ulike aktørene som er involvert i prosjektet rundt ungdommen.

Koordinatorenes ansvarsoppgaver er beskrevet som å koordinere tiltaket, alliansebyggende arbeid og tett kontakt med ungdommen, bidra til utarbeidelse av tiltaksplan eller individuell plan i samarbeid med ungdom og innsøkende instans, sikre måloppnåelse i henhold til tiltaksplan fra innsøkende instans, sørge for nødvendig kartlegging, boligsosialt arbeid, økonomisk rådgivning og forsvarlig bruk av midler i det enkelte ungdomsprosjektet, være tilgjengelig for ungdommen på ukedager mellom klokken 08 og 20, delta på koordinatorsamlinger og kompetansehevende tiltak, og kvartalsvis rapportering (DUE Metodehåndbok, 2012).

Fra intervju med ledelsen i DUE Bergen fremkommer det at kunnskapsgrunnlaget metoden bygger på er de ansattes erfaringer fra feltet, brukerens behov og kunnskap fra forskning. Informantene forklarte at det er basert på erfaring at tilbudet skal stå i forhold til brukerens behov og at modellen, av den grunn, er sentrert rundt brukermedvirkning og frivillighet.

5.2 Mål

Målet er å hjelpe ungdom som trenger koordinerte tjenester og hjelpe dem der de er, både utviklings-

messig og geografisk, og i nær tilknytning til sitt nettverk og nærmiljø.

I intervjuer oppga ansatte i DUE Bergen og DUE Bodø at tiltaket har som mål å sette ungdommen i stand til å nyttiggjøre seg av hjelpeapparatet. Ansatte i DUE Bergen beskrev at tiltaket skal gi ungdommen økt systemforståelse, og utdyper at ungdommen skal lære hva de ulike tjenestene kan hjelpe dem med. Ansatte i DUE Bodø oppga at målet er at ungdommen skal være selvstendig etter tiltaket.

For ungdommene som har DUE som botiltak, skal modellen bidra til en rekke ulike delmål. Gjennom DUE skal ungdommen få økt sosial inkludering og livsmestring, og DUE skal også bidra til å forebygge institusjonsopphold. Videre skal DUE bidra til å sikre ettervern etter opphold i institusjon eller fengsel, samt bidra til gode overganger mellom hjem eller institusjon og egen bolig. Det er også et delmål at DUE skal hjelpe ungdommene med kvalifisering til arbeid. For ungdom med behov for individuell plan, skal DUE bidra til at de får dette, og at planen brukes aktivt som et verktøy i samhandlingen mellom ungdommen og tjenesteyterne.

5.3 Målgruppe

DUE er i utgangspunktet et frivillig botiltak med oppfølging i egen bolig, som i Bergen er blitt utvidet til også å kunne brukes for barn som bor i hjemmet. Målgruppa i Bergen er dermed barn, ungdom og familier som har behov for hjelpetiltak etter barnevernloven. Målgruppa kan videre deles inn i tre kategorier: foreldre (familiebaserte oppdrag), barn og unge som bor hjemme og ungdom i alderen 16–25 år som flytter for seg selv. Den siste gruppa omfatter ungdom som skal flytte ut fra fosterhjem eller institusjon, men ikke kan flytte hjem, samt barn og unge som skal flytte hjemmefra fordi det ikke fungerer å bo hjemme og der barnevernet vurderer at de kan bor seg selv.

Ifølge Bergen kommunes nettsider er DUEs målgruppe barn og unge som står i fare for å utvikle problematikk som kvalifiserer til opphold i institusjon, trenger videre oppfølging etter endt opphold i barnevernstiltak, institusjon eller fengsel, har behov for behandling for rusmiddelavhengighet og/eller psykiske vansker, mangler bolig eller har behov for oppfølging i bolig, eller mangler et meningsfullt aktivitetstilbud på dagtid (Bergen kommune, 2022). Tiltaket gis også til ungdom som er utsatt for æresrelatert vold og negativ sosial kontroll, og til ungdom som står i fare for å bli radikalisert.

⁸ URO (Ung Rus Oppdagelse) er et gratis lavterskeltilbud som skal gjøre det enklere for unge mellom 15 og 25 år å

Dette prosjektet omhandler samordningstiltak for barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet. Blant DUE Bergens målgruppe er dette de ungdommene som har DUE som botiltak, i tillegg til oppfølgingen. Alle ungdommene i DUE Bergens botiltak som søkes inn fra barnevernet, er frivillig plassert utenfor hjemmet med samtykke fra ungdommen og/eller foreldrene (frivillig hjelpetiltak under barnevernlovens § 4-4 annet ledd). For DUE Bodø er de fleste brukerne barn i barnevernet som frivillig er plassert utenfor hjemmet med samtykke fra ungdommen og/eller foreldrene (frivillig hjelpetiltak under barnevernlovens § 4-4 annet ledd). Det er også i enkelte tilfeller ungdommer i DUE Bodø som barnevernet har omsorg for (omsorgsovertakelse etter barnevernlovens § 4-12). Disse ungdommene kan komme fra fosterhjem som er blitt oppløst, fra institusjonsopphold, eller at de er bostedsløse.

En informant i barneverntjenesten forklarte at ungdom de henviser til DUE er de som har en for omfattende problematikk til at en ordinær støttekontakt hadde vært tilstrekkelig. Det kan være ungdom som flytter fra fosterhjem eller barnevernsinstitusjon og skal bo for seg selv, og som mangler sosialt nettverk og er lite ute blant jevnaldrende. De trenger derfor mer oppfølging fra det offentlige.

En annen informant i barneverntjenesten opplyste om at DUE kan være aktuelt når barnevernet ikke selv har kapasitet til å følge opp. Dette kan være når ungdommen har rusvansker eller kontakt med politiet. DUE skal imidlertid ikke være alene om oppfølgingsansvar dersom ungdommen har tunge rusproblemer, og kan da koble på URO-teamet.⁸ Informanten forklarte at DUE også kunne være aktuelt for ungdom som har havnet i utenforskap, og at det da kan være foreldre som er engstelige for at deres ungdom bare sitter inne og spiller dataspill.

Målgruppa for dette prosjektet er barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemme. Blant DUEs målgruppe er brukerne i denne målgruppen de barna som har DUE som botiltak. Av 93 barn og unge som har DUE Bergen som botiltak, er 71 i alderen 16–18 år, mens de andre er eldre.

5.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform

5.4.1 Intern organisering

DUE Bergen har 43 ansatte, hvorav DUE estimerer at antall årsverk brukt på ungdom som har DUE som botiltak er 19. Alle ansatte i DUE-tiltaket er heltidsansatte, foruten enkelte som har frivillig redusert stilling. Tiltaket har tidligere hatt tilknyttede

komme i kontakt med behandlere innen rusmedisin i spesialisthelsetjenesten (Helse Bergen, 2022).

på oppdragsbasis, og har fortsatt mulighet til å gjøre dette for korte perioder, men har gjort dette i mindre og mindre grad de siste årene. Denne utviklingen kommer av en opplevelse av at det bidrar til bedre kvalitet i leveransen av tjenester. DUE Bergen beskriver at å ha ansatte på fulltid skaper et bedre fagmiljø for alle og for hver enkelt ansatt. De ansatte har ulik kompetanse innenfor helse- og sosialfag. For eksempel har tiltaket ansatte med særlig kompetanse på æresrelatert vold, og noen er familierapeuter.

I Bodø er DUE forankret i kommunens boligpolitiske arbeidsplan, og er en del av kommunens oppvekstplan for barn og unge. Tiltakene er en del av barneverntjenesten under Bodø kommune Oppvekst og kultur, og ligger i avdeling for bo- og nærmiljøtiltak. Tiltakene holder til i samme lokaler.

DUE Bodøs ansatte er fem koordinatore og én fagleder. Alle de ansatte i tiltaket har faste stillinger. Tidligere benyttet DUE Bodø seg av eksterne koordinatore på oppdragsbasis, men i 2013–2014 gikk de over til å kun ha faste heltidsstillinger. Det har vært noen eksterne oppdrag i senere tid, men kun i enkelttilfeller.

5.4.2 Arbeidsform

Hver ungdom får sin DUE-koordinator, som skal bli kjent med ungdommen og gi oppfølging etter behov. Det kan være oppfølging av bosituasjon, skole eller arbeid, fritid, helsetjenester og livet generelt. Oppfølgingen bestemmes av en egen plan med tiltakets mål, som lages for og av hver ungdom i samråd med koordinatoren. Planen tar utgangspunkt i tiltaksplanen som er etablert fra innsøkende instans (i hovedsak barnevernet) før oppstart i tiltaket, men kan bygge videre på denne med egne delmål som skal hjelpe ungdommene å nå målene i den overordnede tiltaksplanen.

Brukerne kan få fire, åtte, tolv eller 16 timers oppfølging fra koordinator i uken, men tidsbruken varierer. Ledelsen i DUE Bergen oppgir at intensiteten i hjelpen skal stå i forhold til det ungdommen trenger for å kunne nyttiggjøre seg av hjelpeapparatet.

Barnevernet søker om DUE-tiltak

For at en ungdom skal få plass i DUE-tiltaket, må barnevernet⁹, med samtykke fra ungdommen, sende søknad til DUE. Søknadene er forankret i barnevernlovens paragraf 4-4 om hjelpetiltak for barn og barnefamilier. Med samtykke fra ungdommen, er det i praksis barnevernet som fatter

vedtak om DUE-tiltak, og om hvor tett oppfølging brukeren skal få.

Etter at søknaden er behandlet, kaller DUE inn til et informasjonsmøte mellom ungdommen, kontaktpersonen fra innsøkende instans og avdelingsleder i DUE. Foreldre kan også delta på dette møtet, dersom brukeren ønsker det. På informasjonsmøtet forteller avdelingsleder i DUE om hva tiltaket er, og hva brukeren kan forvente. Informasjonsmøtet kan også finne sted i forkant av barnevernets vedtak. Dersom det haster, ringer barnevernet til DUE for å sette i gang tiltaket samtidig som de sender søknaden. Hvis brukeren ønsker DUE-tiltak, blir det satt opp et kartleggingsmøte.

Kartleggingsmøte, oppstartsmøte og ungdommens mål med tiltaket

Kartleggingsmøtet er en samtale mellom ungdommen og en avdelingsleder fra DUE. Hensikten med møtet er å bli kjent med brukeren, slik at DUE kan finne en koordinator som passer. I DUE omtales denne prosessen som «matching».

Kartleggingen gjennomføres med bruk av et skjema med spørsmål om brukerens skolesituasjon, familie, boforhold, helse, rusmidler, kriminalitet, vold og om oppstart i DUE. Det siste temaet omhandler hvordan ungdommen vil beskrive seg selv¹⁰, hvordan de ser for seg livet om 5–10 år, hvordan de ønsker å bli møtt av en DUE-koordinator, om de har spesielle ønsker om koordinator (kjønn, alder, interesser) og om hvordan de ønsker å bruke tiden i DUE. Koordinatorene skal «matche» brukerne, og DUE tilstreber derfor å ha et mangfold i medarbeidere hva angår kjønn, personlighet og interesser, slik at de i størst mulig grad kan møte ungdommenes ulike ønsker for egenskaper hos koordinatorene.

Etter kartleggingsmøtet er det et oppstartsmøte der brukeren får treffe sin koordinator. På dette møtet skal koordinatoren og brukeren kartlegge brukerens behov, og sammen formulere brukerens mål med tiltaket. Det er et viktig element i DUE-metodikken at brukeren i samråd med DUE-koordinator formulerer sine egne mål, selv om det er barnevernet som har det øverste ansvaret for tiltaksplanen og for at planen blir fulgt opp. Målene slik de er formulert i samarbeid mellom bruker og koordinator i oppstartsmøtet, oversendes til barnevernet og inkluderes i barnevernets tiltaksplan, for å unngå at barnet har mange ulike planer.

Ifølge en informant i barnevernet i Bergen, kan eksempler på mål være at ungdommen skal bli mer

⁹ I Bodø kan kun barnevernet sende søknad, mens i Bergen kan også NAV søke, dersom ungdommen er over 18 år.

¹⁰ Dette spørsmålet dreier seg for eksempel om ungdommen gir beskjed dersom hen er uenig i noe og om ungdommen

har behov for å bli minnet på ting, få tilbakemeldinger og støtte.

selvstendig i å håndtere egen økonomi, vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp og bli tryggere på å oppsøke sosiale arenaer der det er jevnaldrende til stede.

Sammen med brukeren eller på vegne av og med samtykke fra brukeren, tar koordinatoren kontakt med andre tjenester, etter hva ungdommen har behov for.

Brukermedvirkning

DUE-modellen skal ha brukeren i fokus og legge til rette for brukermedvirkning. Dette innebærer at ved oppstart av tiltaket, ved jevne mellom underveis og ved avslutning, er ungdommen selv med å formulere sine behov og mål for tiltaket i ungdommens plan. Brukermedvirkning innebærer også at tiltaket er frivillig. Ungdommen kan når som helst velge å avslutte tiltaket.

Ungdommen gir tilbakemelding på hvordan tiltaket fungerer ved å fylle ut et evalueringskjema eller snakke med sin koordinator. Evalueringskjemaet dekker flere temaer om samarbeidet med DUE og ungdommens opplevelse av egen medvirkning, samt hvordan ungdommen synes tjenestene samarbeider med hverandre og med ungdommen. Skjemaet tilpasses etter innspill fra ungdommene, og de ansatte i DUE Bergen oppga at skjemaet fylles ut hver fjerde måned.

Ungdommen og koordinatoren bruker evalueringskjemaet som grunnlag for samtaler med barnevernet. I møtene med barnevernet evalueres DUE-tiltaket og hvordan det går med ungdommens plan. En saksbehandler fra barnevernet forklarte at for å gjøre det enklere for ungdommen å snakke fritt, kan evalueringsmøtet godt ha en uformell ramme, som ved at de går ut og spiser.

I en brukerundersøkelse gjennomført høsten 2022 i forbindelse med en pågående evaluering av DUE som et botiltak, svarte 30 av 41 ungdommer i DUE Bergen at de har vært aktivt med på å lage målene i egen plan. Fem svarte at de har vært litt med på å lage målene.¹¹ Det var få ungdommer som svarte på undersøkelsen i DUE Bodø. Der oppga seks av åtte ungdommer at de hadde vært aktivt eller litt med på å lage målene i planen (Oslo Economics og NIBR, 2022).¹²

Brukermedvirkning innebærer også at det i utgangspunktet ikke skal være noen møter om ungdommen uten at ungdommen er til stede. En koordinator i DUE Bodø trakk frem at møtene også er en læringsarena for ungdommen. I dette ligger det at DUE skal hjelpe ungdommen å nyttiggjøre seg av det

offentlige tjenestetilbudet, og en del av dette er å lære hvilke tjenester som kan bistå med hva.

Dersom det er en individuell plan (IP), skal ungdommen involveres i utarbeidelsen av planen. Dette innebærer at DUE-koordinator i forkant av et IP-møte, forbereder ungdommen på hva en IP er, og hva den bør inneholde.

Fleksibilitet

Både informanter som jobber i DUE Bergen og DUE Bodø var opptatt av at deres arbeidsmåte skal være tilpasset ungdommens behov, og rollen som DUE-koordinator skal være fleksibel. Koordinatorene er tilgjengelige for ungdommen også på ettermiddag og kveld, dersom ungdommen skulle trenge det.

Avdelingslederne understrekte at DUE-koordinatorens rolle ikke skal tolkes innskrenkende, men inkluderer den hjelpen det er behov for og samtidig stimulere til utvikling. De mener at koordinatoren skal være på jakt etter det som ingen andre gjør frem til noen andre gjør det, og rollen er dermed ikke begrenset og skal individuelt tilpasses. En avdelingsleder uttalte: «Vi skal bare sy puter under armene når det trengs».

Bosituasjon

I starten ble DUE Bergen kun brukt for ungdommer som bodde i egen bolig gjennom tiltaket. Siden 2017 har de også fulgt opp ungdom som bor hjemme eller i fosterhjem. Blant ungdommene som ikke bor hjemme eller i fosterhjem, bor de fleste i egen bolig leid på det private markedet. DUE-koordinatoren bistår ungdommen i å finne bolig, og kan være et bindeledd mellom ungdommen og utleier, dersom ungdommen ønsker det.

Alle ungdommene i DUE Bodø leier boliger på privatmarkedet. Som i Bergen, kan DUE-koordinatorene bistå ungdommene i å finne bolig og ha kontakt med utleier. Barnevernet dekker i utgangspunktet 7500 kroner per ungdom, i tillegg til at de dekker livsopphold utover husleie etter norm. Denne støtten kan bli mindre dersom de får annen støtte. Taket på 7500 kroner for husleie gjelder ekskludert strøm- og internettutgifter.

Avslutning av tiltaket

Avslutningen av DUE-tiltaket planlegges flere måneder i forkant i samarbeid mellom ungdommen, barnevernet og DUE. Dette arbeidet handler om å avklare om målene i tiltaksplanen er nådd og om det ikke er noen nye mål å legge til. I avslutningsprosessen skal både andre instanser, som for eksempel NAV, kobles på, og ungdommen selv skal mentalt forberedes på at

¹¹ Fire respondenter svarte «Vet ikke» og to svarte «Ikke relevant».

¹² Én respondent svarte «Jeg har en plan, men jeg har ingen mål (som jeg vet om)» og én respondent svarte «Ikke relevant».

oppfølgingen skal ta slutt. Mot slutten av tiltaket trappes intensiteten i oppfølgingen gradvis ned.

Rekruttering av koordinatorene

DUE rekrutterer koordinatorene med formell kompetanse innen helse- og sosialfag. I tillegg er det en fordel med erfaring fra arbeid med brukere. DUE oppgir også at de vektlegger personlig egnethet i rekrutteringsprosesser. Koordinatorene må klare å bygge en god, og trygg relasjon til ungdommen. En avdelingsleder beskriver det som at de ser etter om kandidaten har «et tillitsvekkende ansikt». Relasjons- og kommunikasjonskompetanse er i praksis viktigere enn formalkompetanse. DUE-modellen avhenger av også av at koordinatorene kan være tilgjengelige og derfor ha en stor grad av fleksibilitet i arbeidstid. Dette blir også et viktig kriterium i rekrutteringsprosessen.

Avdelingsledere i DUE Bergen oppgir i intervju at det ikke er vanskelig å rekruttere koordinatorene og opplyser om at det er mange som søker på koordinatorstillingene. Avdelingslederne opplever at de som søker ønsker å jobbe på en måte som virkelig hjelper og at det er attraktivt å få styre sin egen jobbhverdag.

Erfaringskonsulenter

I tillegg til femti miljøterapeuter i DUE Bergen, benytter tiltaket seg av Utekontaktens erfaringskonsulenter. Utekontakten i Bergen har totalt fem erfaringskonsulenter, hvorav fire er i fulltidsstillinger. Erfaringskonsulentene benyttes på tvers av tjenesteområder i Utekontakten, og de brukes ulikt avhengig av deres personlighet, erfaring og kompetanse.

Avdelingsledere i DUE Bergen informerte om at erfaringskonsulentene involveres når det er behov for andre enn fagarbeidere for å bygge bro eller få kontakt med ungdommen. Det kan også være aktuelt å involvere en erfaringskonsulent dersom vedkommende har særlig relevant erfaring som kan komme ungdommen til nytte, eller «matching på personlighet». En erfaringskonsulent som selv var bruker i tiltaket da hun ble ansatt, har i noen tilfeller størsteparten av oppfølgingen, men da i samråd med en kollega med fagkompetanse.

Erfaringskonsulentene bidrar også med interopplæring av DUE-medarbeidere om aktuelle tema, for eksempel om selverfart problematikk eller om erfaringskonsulentrollen.

5.4.3 Samarbeid

DUE-koordinatoren har ansvar for å koordinere aktørene rundt ungdommen og bygge allianser rundt ungdommen, men med mål om at ungdommen selv skal

settes i stand til å holde kontakten med de hjelpetjenestene de trenger.

DUE-koordinatorene samarbeider med de tjenestene brukeren har behov for. Eksempler på tjenester er barnevernstjenesten, Barne- og familiehjelpen, NAV, skole og helsetjenester. De koordinerer også brukerens nettverk eller familie, om det er behov for det. De ulike aktørene som er involvert i ungdommens plan skal få tydelige ansvarsoppgaver. Ifølge ledelsen i DUE Bergen går koordinatorrollen ut på å holde nødvendig kontakt med den enkelte tjeneste. En saksbehandler i barnevernet opplever at DUE er en pådriver for å samordne tjenestene. Saksbehandleren forklarte at DUE både er med ungdommen til de ulike tjenestene, og at DUE er flinke til å melde fra dersom en tjeneste må snakke med en annen tjeneste.

Samhandlingen foregår på individnivå. I samarbeidsmøter med ulike tjenester deltar den personen som er i kontakt med ungdommen. Slik ledelsen i DUE Bergen beskriver det, hender det at samhandlingen blir løftet opp til et høyere nivå dersom saken blir mer komplisert.

I hovedsak foregår møtene fysisk. Ungdommen kan stille digitalt dersom de ønsker det. Det hender også at møtene er digitale dersom det er mest praktisk.

DUE har primært kontakt med andre tjenester over telefon og sms, men de kan også sende e-post. En ansatt i barneverntjenesten nevner at siden de sitter i samme avdeling som DUE, kan de også ringe på døra eller møtes i gangen. Møter med ungdommen er alltid fysisk og kan være på kafe, restaurant, i bil eller hvor som helst.

Barneverntjenesten tar initiativ til ansvarsgruppemøter, finner tidspunkt og kaller inn. Ansvarsgruppemøtene foregår uavhengig av om DUE er involvert, men DUE kan gjøre det enklere å få møtet i stand. En ansatt i barnevernet forklarer at DUE har mer tid til å ringe rundt til tjenestene og finne et passende tidspunkt for møtet.

Ledelsen i DUE Bergen opplevde at ansvarsgruppemøter fungerer godt fordi det får ting opp på bordet og alle hører det samme. De forklarte at på slike møter klarer de ulike tjenestene sammen med ungdommen å bli enige om veien videre.

Det kan være mange aktører som skal samles på et ansvarsgruppemøte og det kan være krevende å finne passende møtetidspunkt. Ledelsen i DUE Bergen mente at det går greit å planlegge møter så lenge det gjøres i god tid i forveien, men at det kan være vanskelig å få med fastlegen. En løsning på dette har vært å ha møtet på fastlegens kontor.

Dersom det foreligger en individuell plan (IP), er det IP-koordinatoren som organiserer ansvarsgruppe-møter. DUE-koordinatoren kan være IP-koordinator og, ifølge ledelsen i DUE Bergen, er det alltid DUE som er IP-koordinator. På et IP-møte blir tjenestene enige om hvem som skal gjøre hva og hva målet skal være.

DUEs samarbeid med det statlige barnevernet er begrenset til samarbeid med Bufetat om det er behov for familieråd, og samarbeid med institusjon, i forbindelse med at en ungdom flytter fra institusjon.

Ledelsesforankring

DUE-modellen innebærer ikke spesifikke former for samarbeid med andre tjenester på systemnivå. Det er likevel noe samarbeid mellom ulike tjenester på systemnivå, som også DUE er involvert i.

Ingen av våre informanter har nevnt manglende ledelsesforankring som en barriere for samhandling med andre tjenester.

5.5 Finansiering og kostnader

5.5.1 Finansiering og kostnader av DUE

DUE fakturerer innsøkende instans, enten NAV eller barnevernet, og slik finansieres DUE etter hvilken tjeneste som har fattet vedtak om tiltaket. DUE fakturerer 12 000 kroner i måneden for brukere med oppfølging fire timer i uken, og 20 000 kroner i måneden for brukere med oppfølging åtte timer i uken. Kostnadene er primært lønnskostnader til ansatte, både koordinatorene og ledelse.

DUE Bergen har oppgitt totale driftskostnader for de brukerne som har DUE som botiltak. Dette er ungdom som er frivillig plassert utenfor hjemmet med samtykke fra ungdommen og/eller foreldrene (frivillig hjelpetiltak under barnevernlovens § 4-4 annet ledd).

DUEs utgifter varierer med antall brukere som er i tiltaket. Utgiftene varierer også etter intensitet i oppfølgingen, og brukerne har ulik grad av oppfølging. Det er derfor noe usikkerhet knyttet til anslagene på månedlige utgifter per bruker.

Tallene som legges til grunn er totale driftsutgifter DUE Bergen har stipulert for hele 2022 (Tabell 5-1). Gjennomsnittlig antall brukere som har DUE Bergen som et botiltak høsten 2022 er 93, hvilket gir en gjennomsnittsutgift per ungdom på 13 361 kroner i måneden (Tabell 5-2). Dette er et snitt for alle ungdommene, uavhengig av antall timer oppfølging i uken.

Tabell 5-1: Driftsutgifter for DUE Bergen som botiltak (stipulert for 2022)

Utgifter	2022
Totale utgifter til boliger	0
Totale utgifter til personell	12 915 087
Andre driftskostnader	1 995 281
Totale driftsutgifter	14 910 367

Kilde: DUE Bergen. Andre driftskostnader består av utgifter til bil/ annen transport, kjøp av varer og tjenester inkludert veiledning av ansatte.

Tabell 5-2: Månedlige driftsutgifter til DUE Bergen per bruker av botiltaket i 2022

Utgifter	Per bruker/mnd
Totale utgifter til personell	11 573
Andre driftskostnader	1 788
Totale driftsutgifter	13 361

Kilde: DUE Bergen.

Kostnader til bolig og livsopphold for ungdommene i botiltak kommer i tillegg til DUEs driftsutgifter. For ungdommer under 18 år dekkes dette av foreldre eller av barnevernet, dersom foreldre ikke har mulighet til å betale. Ungdommer over 18 år kan få støtte til bolig og livsopphold fra NAV, dersom de har behov for det. For DUE som en samordningsmodell, og sammenlignet med andre samordningsmodeller for målgruppen som Stillasbyggerne og FACT ung, er imidlertid ikke utgifter til bolig og livsopphold relevant, da dette ikke er en del av utgiftene til samordningsmodellen. For DUE som en samordningsmodell mener vi derfor at de relevante kostnadene kun er tiltakskostnadene, som er beregnet å utgjøre 13 400 kroner i gjennomsnitt per ungdom/måned, for ungdommer i botiltak høsten 2022. I praksis vil kostnadene variere med omfanget av oppfølging til den enkelte ungdom, som defineres ved oppstart i tiltaket.

5.5.2 Kostnader i det samlede tjenesteapparatet

DUEs arbeid kan påvirke ressursbruken i andre tjenester i hjelpeapparatet rundt ungdommen, og arbeidet deres kan både føre til økt og redusert ressursbruk i andre tjenester. DUE-koordinatoren tar en aktiv rolle i koordineringen av tjenestene, og dette kan gjøre at andre tjenester kan redusere sin ressursbruk knyttet til koordinering. For ungdom med tiltak fra barnevernet har barnevernet et formelt ansvar for koordineringen, men DUE-koordinatoren kan likevel avlaste barnevernet. Dersom DUEs oppfølging og innsats gir bedre og mer helhetlig hjelp, kan dette også på sikt redusere ungdommens

behov for oppfølging og hjelp, og på denne måten avlaste andre tjenester.

Samtidig kan DUEs innsats medføre at flere tjenester kobles på i oppfølgingen av ungdommen, og at tjenestene strekker seg lenger i oppfølgingen enn de ellers ville gjort. Dette gir økt ressursbruk i andre tjenester.

Det er trolig variasjon på tvers av ungdommene som følges opp av DUE om innsatsen deres gir økt, redusert eller uendret ressursbruk i andre tjenester. Den samlede endringen i ressursbruk i tjenesteapparatet som følge av DUEs arbeid er dermed usikker.

5.6 Erfaringer

Samlet sett er erfaringene med DUE at de bidrar til bedre samarbeid mellom tjenester. Koordinatorens gode relasjon til ungdommen bidrar til å avdekke ungdommens behov, og koordinatoren bistår ungdommen i å utforme konkrete planer for hvordan behovene skal møtes. Planene deles med de berørte tjenestene, og skaper bedre samordning på tvers av tjenester. DUE kan koble på andre tjenester ved å ta kontakt eller hjelpe ungdommen til å ta kontakt.

DUE oppleves også som en pådriver for å få på plass tjenester ved at de har tid og kapasitet til å følge opp tjenestene og ungdommen. Det er imidlertid DUE-ansattes erfaring at det er krevende å få kontakt med psykisk helsehjelp, siden DUE må bruke ordinære kanaler med henvisning fra fastlege og lange ventetider.

Samarbeid mellom tjenester

I en brukerundersøkelse gjennomført høsten 2022 i forbindelse med en pågående evaluering av DUE som et tiltak, ble ungdommene i DUE spurt om hvor godt de mener at samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer. 26 av 41 ungdommer (63 prosent) som har besvart brukerundersøkelsen fra DUE Bergen, oppgir at samarbeidet med andre tjenester fungerer bra eller veldig bra. Fra DUE Bodø oppga seks av ni ungdommer at samarbeidet mellom de ulike tjenestene fungerer bra (Oslo Economics og NIBR, 2022).

Fra intervjuer har vi fått vite at både de ansatte i DUE-tiltakene og samarbeidspartnere opplever at DUE bidrar til bedre koordinering av tjenester ved at de har tid, planer og kapasitet til å følge opp at aktørene rundt ungdommen gjør sin jobb.

En informant i barnevernet trakk fram at DUE har bedre tid enn barnevernet til å koordinere. DUE har tid til å ringe de ulike aktørene for å følge opp det aktørene skal gjøre eller planlegge møtetidspunkt og møte ungdommen utenfor ordinær arbeidstid.

Informanten mente at en konsekvens av bedre koordinering er at det blir mindre oppfølgingsarbeid for barnevernet.

En annen informant i barnevernet uttalte at DUE-koordinatoren i praksis overtar samordningen fra barnevernet, selv om barnevernet fortsatt har det overordnede ansvaret for koordineringen. Informanten forklarte at DUE-koordinatoren oftere enn NAV og barnevernet er den som setter opp samarbeidsmøter med for eksempel psykiatri, fastlege og skole.

En informant i DUE Bodø mente at DUE hjelper ungdommen ved å koordinere de tjenestene ungdommen har behov for. Koordinatoren opplevde at ungdommene ikke hadde klart å få til samordningen av tjenester på egen hånd.

En samarbeidspartner i helsetjenesten mente et DUE tar rollen som ungdommens foresatte og «blir navet i koordineringen». Informanten uttrykket at dette gir DUE-barna «et helt spesielt kort på hånden» ved at hjelpen fra DUE gir ungdommene ekstra ressurser og en trygg voksenperson. Informanten begrunnet dette med at DUE aktiviserer ungdommen og følger dem til legen, i tillegg til at de tar en koordinerende rolle opp mot tjenesteapparatet. DUE lager planer og følger dem opp. Videre mente informanten at DUEs planmessighet gjør samhandlingen med andre tjenester enklere, eksempelvis letter det miljøterapeutens eget arbeid.

DUEs planmessighet ble også trukket frem av en informant i spesialisthelsetjenesten som viktig for samhandlingen mellom tjenester. Informanten oppga at DUE lager planer som er konkrete nok om hvem som skal gjøre hva, samtidig som de er fleksible nok til å tilpasse planen etter ungdommens behov og behovsendringer.

Det er imidlertid ikke alle samarbeidspartnerne som er enige i at DUE bidrar til bedre koordinering. En annen informant fra spesialisthelsetjenesten opplevde ikke at samarbeidet på tvers av tjenester nødvendigvis ble bedre av å ha DUE inne, og mente at det kunne gå begge veier.

En informant i NAV mente at DUEs koordineringsarbeid fungerte godt når NAV var bestiller, mens når det var barnevernet som hadde bestilt DUE-tiltaket, så fikk NAV for lite informasjon. Informanten mente at det burde vært mer regelmessig kontakt mellom DUE og NAV, og understrekte at NAV er en viktig samarbeidspartner for DUE-ungdom over 18 år.

Avdekke ungdommens behov

DUEs tette oppfølging gjør at de kan avdekke ungdommens behov. En informant i barnevernet mente at DUE har bedre tid til å bli kjent med ungdommen. Dette gjør at DUE kan forstå at det er behov for å

koble på flere tjenester, som for eksempel psykisk helsetjeneste.

En informant i helsetjenesten oppga at når en ungdom har DUE-koordinator, så er det DUE som tar kontakt med lavterskeltilbudet. Miljøterapeuten forklarte at «DUE har god puls på ungdommen», som innebærer at koordinatoren på grunn av sin gode relasjon til ungdommen, lettere kan oppdage at ungdommen har et hjelpebehov.

En informant i spesialisthelsetjenesten forklarte at DUE-koordinatorens funksjon er å avdekke hva som er ungdommens behov og få det inn i sakslisten til et ansvarsgruppemøte. På den måten blir behovene videreformidlet til tjenestene det gjelder, og tjenestene kan fatte vedtak om tiltak. Hvilke tjenester som er relevante kan variere, men det kan for eksempel være NAV, skolen eller barnevernet.

Pådriver for å få på plass tjenester

Avdelingsledere i DUE Bergen oppga i intervju at en direkte virkning av DUE for de berørte aktørene, er at de ikke ville fått tak i ungdommen hvis det ikke var for DUE. De forklarte at DUE fungerer som en oversetter for systemet, og at det kan bli enklere for aktørene rundt ungdommen å hjelpe etter at DUE har opprettet kontakt. DUE-koordinatoren fingerer for eksempel som et bindeledd mellom ungdommen og tjenestene hvis ungdommen ikke svarer på telefon. DUE-koordinatoren kan da oppsøke ungdommen, eller ringe ungdommen selv hvis det er slik at ungdommen svarer på telefon fra DUE-koordinatoren fordi de har en god relasjon.

DUE-koordinatoren kan også ta kontakt med tjenestene på vegne av ungdommen og være en pådriver for at de får den hjelpen de trenger i tjenestene. Dersom ungdommen har en avtale hos en av de øvrige tjenestene, kan DUE også hjelpe ungdommen med å møte opp i tide, eller med å komme forberedt ved å ha fylt eventuelle nødvendige skjemaer.

En psykolog som i enkelte saker samarbeider med DUE Bergen, delte denne oppfatningen om at de ikke hadde fått tak i ungdommen hvis det ikke var for DUE. Psykologen beskrev at DUE-koordinatoren ofte «kjenner ungdommen annerledes enn vi gjør i det offentlige» og kan se ressursene til ungdommen. Videre opplevde psykologen at DUE-koordinatoren ved å være til stede fungerte som en trygghet for ungdommen i møte med behandler, og dermed hjalp behandleren i å snakke med ungdommen.

En ansatt i skolen mente også at DUE var viktig som et bindeledd mellom ungdommen og skolen. Informanten oppga at DUE kan sende melding til læreren og forklare hvordan det går med ungdommen, og

dermed hjelpe læreren til å møte ungdommen på en god måte.

Helhetlig tjenestetilbud

Avdelingsledere i DUE Bergen mente at DUE gir et mer helhetlig tjenestetilbud fordi koordinatoren får eierskap til ungdommens hjelpebehov. De underbygget dette med at DUE-koordinatoren bruker mye tid på relasjonsdannelse, og derfor klarer å se helheten i ungdommens hjelpebehov. Avdelingslederne opplevde at DUE-koordinatoren kan gi tettere oppfølging i de periodene det trengs, på grunn av den gode relasjonen mellom DUE-koordinatoren og ungdommen. Dersom ungdommen for eksempel skrives ut av psykisk helsetilbud på grunn av manglende oppmøte, kan DUE-koordinatoren følge opp.

Mer selvstendig ungdom

Oppfølgingen fra DUE skal lære ungdommene å ta mer ansvar for eget liv og følge opp viktige områder i livet, for eksempel egen helse, skole, bosted og sosialt nettverk. De ansatte mente at de opplever at tiltaket har en god forutsetning for å hjelpe ungdom på disse arenaene fordi det tvinger dem til å ta egne valg og til å ta ansvar for eget liv. Videre er tiltaket innrettet slik at oppfølgingen gradvis reduseres i takt med ungdommens selvstendiggjøring. En informant i barnevernet mente også at DUE hjelper mange ungdommer til å bli mer selvstendige.

Gjennom å kartlegge og følge opp ungdommenes helsebehov, samtidig som det arbeides for at ungdommen etter hvert skal kunne ha oversikt over og følge opp dette selv, kan tiltaket trolig ha en positiv effekt på ungdommenes evne til å følge opp egen helse. Koordinatorene spiller en viktig rolle når det gjelder å oppmuntre ungdommene til å starte opp og fullføre nødvendige behandlinger i helsetjenesten. For enkelte kan dette også innebære å starte opp og/eller fullføre rusbehandling. I brukerundersøkelsen blant ungdommene i DUE Bergen svarte nærmere 70 prosent (28 av 41) av ungdommene at de opplever at tiltaket har hjulpet dem til å bli bedre til å følge opp egen helse. Det samme gjelder for koordinatorene som har besvart undersøkelsen. Blant DUE Bodøs brukere, oppga åtte av ni ungdommer at tiltaket har hjulpet dem til å bli bedre til å følge opp egen helse. Ni av ni koordinatorene svarte det samme.

Ingen snarvei til psykisk helsehjelp

DUE Bodø oppgir i intervju at samhandlingen med psykiatrien er vanskelig og at de ikke kan ta direkte kontakt med psykisk helsehjelp. Ungdommen må få henvisning fra fastlege. DUE-koordinatoren kan hjelpe ungdommen med å si hva som er utfordringen samt å følge opp henvisningen. Koordinatoren kan også følge ungdommen til timen, og i noen tilfeller bli med inn, eller sitte ute på venterommet.

En saksbehandler i barnevernet i Bergen uttrykte også at det er utfordrende å få kontakt med tjenester innen psykisk helse, og særlig på spesialisthelsetjenestenivå. I hastesaker kan barnevernet selv henvise til BUP. Saksbehandleren trakk frem at systemet er rigget for at det skal være vanskelig å få kontakt og at systemet er fastlåst på at barn og unge trenger å komme til kontoret. Det kan hjelpe at DUE har vært med brukeren på møter med psykisk spesialisthelsetjeneste fordi de får en kontaktperson.

Samtykke og taushetsplikt

Brukeren må gi skriftlig samtykke til at DUE-koordinatoren tar kontakt med andre tjenester. Dette innebærer også at brukeren kan velge å holde noe utenfor DUE og håndtere det selv. Våre informanter fra DUE opplever at de får de nødvendige samtykkene de trenger for å samhandle og at taushetsplikt ikke er til hinder for samhandling. Det er et viktig premiss at DUE er et frivillig tiltak. Når ungdommen først har ønske om å være i tiltaket, er det ikke noen utfordring å innhente samtykke til å samhandle med andre tjenester, når ungdommene forklarer at hensikten er å kunne hjelpe dem med å få den hjelpen de trenger fra tjenestene.

Også andre tjenester må innhente spesifikt samtykke fra brukerne for å kunne samhandle med DUE. En informant fra en annen tjeneste oppga at han foretrekker å spesifisere hvilke personer han kunne dele informasjon med, og ikke bare tjenesten. Ved bytte av person må han da også innhente nytt samtykke. Informanten opplevde dette som ryddig. Også informantene fra andre tjenester opplever at det ikke er utfordringer knyttet til å innhente samtykke.

5.7 Virkninger

DUE har effekter langs mange dimensjoner, og vi vil i dette avsnittet skissere det vi opplever er de viktigste virkningene i tjenestene og for brukerne.

5.7.1 Referansealternativet

Virkningene av DUE må vurderes opp mot virkninger av det alternative tjenestetilbudet brukerne antas å ville ha mottatt dersom de ikke hadde vært i tiltaket. Uavhengig av om en ungdom får oppfølging av DUE, har tjenestene plikt til å samarbeide i saker der dette er nødvendig for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022).

Et sentralt spørsmål for ungdommen som følges opp av DUE, er hvor de ville bodd dersom de ikke hadde DUE som botiltak. Alternativene for ungdommene er i hovedsak barneverninstitusjon, fosterhjem, å bo

hjemme hos foreldrene, eller å bo i egen bolig med andre tiltak (for eksempel råd og veiledning fra barneverntjenesten og tilbud om oppfølging fra NAV). Hvilken bosituasjon ungdommene alternativt hadde hatt, vil ha betydning for hvordan samordningen hadde sett ut og fungert uten DUE.

Flere av ungdommene i målgruppen til DUE har trolig rett til individuell plan. En individuell plan skal være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Selv om flere av ungdommene i målgruppen til DUE kan ha rett til en individuell plan, er det ikke sikkert alle vil samtykke til at det utarbeides en slik plan. For ungdom som samtykker til at det utarbeides en individuell plan, kan planen bidra til blant annet medvirkning til utforming av tjenester og tiltak, helhetlig tjenestetilbud, styrket relasjon mellom tjenesteyterne, avklaring av forventninger, forenklet kontakt med systemet og langsiktig planlegging (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019).

I hvilken grad ungdommene får mer helhetlig og koordinert hjelp når de følges opp av DUE, vil variere mellom ulike saker. Det er derfor utfordrende å si noe generelt om betydningen av at DUE er involvert i oppfølgingen av en ungdom, men det er noen kjennetegn ved DUE som gjør at de kan tilby noe annet enn de ordinære tjenestene. For ungdommene i målgruppen kan disse forskjellene være viktige for at de skal klare å nyttiggjøre seg tjenestene.

For barn og ungdom med tiltak fra barnevernet som er bosatt utenfor hjemmet, har saksbehandler i barnevernet et formelt ansvar for å koordinere tjenestene i hjelpeapparatet rundt ungdommen. Dette gjelder også for ungdom som får oppfølging av DUE. Samtidig er barneverntjenesten en presset tjeneste med høy arbeidsbelastning (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022). Høy arbeidsbelastning kan gjøre det krevende å til enhver tid følge opp koordineringen med andre tjenester på en tilstrekkelig god måte, og det virker som DUE har mer kapasitet enn barnevernet til å samordne og koble på øvrige tjenester i oppfølgingen.

DUE har også mulighet til å ta en annen rolle i koordineringen av tjenester enn en ansatt i barnevernet, nettopp fordi de ikke er part i saken på samme måte som det ordinære barnevernet. Dersom det er samarbeidsutfordringer i oppfølgingen av en ungdom, kan det være en fordel for koordineringen å få inn en ekstern part som kan jobbe med eventuelle utfordringer og legge til rette for et godt samarbeid mellom tjenestene.

5.7.2 Virkninger i tjenestene

Avlaster barnevernet

Vår vurdering, basert på informasjonen fra samarbeidspartnere til DUE i Bodø og Bergen, er at DUE fungerer som en ekstra ressurs for barnevernstjenesten, og avlaster saksbehandler i barnevernet fra koordineringsarbeidet med andre tjenester. Våre informanter har forklart at DUE er et aktuelt tiltak når ungdommen har behov for tettere oppfølging enn barnevernet kan gi, og de har også trukket frem at DUE-koordinatorene har bedre tid til å koordinere og følge opp. Når en ungdom går inn i DUE vil dermed også saksbehandler i barnevernet kunne overlate noe av koordineringen til DUE, selv om barnevernet fortsatt har koordineringsansvaret.

Kobler på andre tjenester

Når det gjelder andre tjenester, vurderer vi at DUE, i større grad enn barnevernet, bidrar til å få koblet disse tjenestene på, ved at de har mer tid til hver enkelt bruker. Flere i målgruppen til DUE ville uten tiltaket ha havnet «under radaren» til andre tjenester enn barnevernet. Det kommer av at ungdommene ikke selv ville ha klart å ta kontakt eller opprettholde kontakt med tjenestene, og at barnevernet i mindre grad kan hjelpe ungdommene i kontakten med tjenestene. Vi vurderer også at barnevernet får en mindre tett relasjon til brukeren, og dermed i mindre grad kan avdekke ungdommens behov. Mange i målgruppa mangler stabilitet og struktur i hverdagen, som gjør at de har utfordringer med å stille opp til avtalte tidspunkter og generelt følge opp bruken av tjenestene. DUE hjelper dem med dette, slik at de i mindre grad faller ut av tjenesteapparatet.

Kunnskapsoverføring til andre tjenester som gir dem bedre grunnlag for oppfølging

Samarbeidspartnere vi har snakket med opplevde også at DUE gjennom sin tette relasjon til ungdommen, kan hjelpe til i behandling eller i skoleoppfølging. Koordinatoren fungerer som en trygghet og gjør det enklere for ungdommen å snakke i møte med andre tjenester. Koordinatoren kan sende en forklarende tekstmelding til lærer om at ungdommen har behov for ekstra tålmodighet akkurat den dagen, eller bidra med å forklare hvordan de ulike aktørene kan forstå ungdommenes atferd og uttrykk, slik at de lettere kan tilpasse seg ungdommenes varierende behov.

5.7.3 Virkninger for brukerne

Stabilitet og selvstendighet

Samlet sett vil tiltaket, gjennom å hjelpe ungdommene med ulike deler av livet, på lengre sikt kunne bidra til å gjøre ungdommene mer selvstendige og trygge på seg selv. Ansatte i DUE fortalte i intervju hvordan

ungdommer som regel opplever stor personlig utvikling i løpet av tiltaksperioden – de er mindre sinte, lander mer følelsesmessig, aksepterer den de er og tør å være seg selv i møte med andre mennesker.

Koordinatorerne opplever også at ungdommene får mer troen på seg selv og hva de kan oppnå i livet. På denne måten kan tiltaket for flere ungdommer bidra til å forebygge en negativ utvikling, for eksempel i form av å unngå at et rusproblem utvikler seg eller at atferdsproblemer utvikler seg til lovbrudd og en kriminell løpebane.

Svarene fra en spørreundersøkelse gjennomført blant ungdommene i DUE Bergen i botiltak, tyder også på at DUE hjelper ungdommene til å bli mer selvstendige og trygge på seg selv. Et flertall av ungdommene (27 av 41) svarte at DUE har hjulpet dem til å bli bedre til å bo alene. Av de ungdommene som går på skole¹³, svarer 61 prosent (14 av 23) at DUE har hjulpet dem i å prestere bedre på skolen (Oslo Economics og NIBR, 2022).

Brukerne opplever at DUE virker positivt, både på samarbeidet og på livet deres samlet sett

Svar fra spørreundersøkelsen indikerer at tiltaket har en positiv innvirkning på ungdommenes liv samlet sett – 80 prosent av ungdommene oppga at de opplever at DUE har bidratt til at de har fått det bedre i livet. 76 prosent av koordinatorene oppga at de vurderer at DUE har bidratt til at ungdommen har fått det bedre i livet (Oslo Economics og NIBR, 2022).

I den samme brukerundersøkelsen ble ungdommene spurt hvor godt de mener samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer. 26 av 41 ungdommer (63 prosent) oppga at samarbeidet med andre tjenester fungerer bra eller veldig bra, og kun to ungdommer oppga at samarbeidet fungerer dårlig. Dette viser at de fleste ungdommene opplever at samarbeidet mellom aktørene fungerer godt.

Hjelp til selvhjelp

Vår vurdering er at DUE hjelper ungdommene i å nyttiggjøre seg av hjelpeapparatet. Informasjon fra intervjuer med samarbeidspartnere og ansatte i DUE tyder på at DUEs oppmuntring og støtte hjelper ungdommene til å starte og fullføre behandling. Dette gjør at DUEs brukere bedre ivaretar egen helse, som også bekreftes av spørreundersøkelsen der 28 av 41 ungdommer svarer at med DUE har de blitt bedre til å følge opp egen helse. Uten DUE er det sannsynlig at ungdommene ikke ville hatt nok motivasjon til å ta tak i sine problemer.

¹³ Vi har antatt at ungdom som svarer «Vet ikke» eller «Spørsmålet er ikke relevant» ikke går på skole.

5.7.4 Virker tiltaket i tråd med målene?

Vår vurdering er at DUE Bergen i stor grad virker i tråd med hovedmålet om å gi ungdommer et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tilbud om oppfølging i eget nærmiljø. DUE sikrer det helhetlige tilbudet ved å ta kontakt med de tjenestene som ungdommen har behov for eller hjelpe ungdommen med å ta kontakt på egen hånd. Denne tilnærmingen bidrar til ungdommens selvstendigjøring, men har også den svakhet at dersom ungdommen har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, så kan ikke DUE sikre dem den hjelpen utenom de vanlige veiene.

I brukerundersøkelsen oppgir 80 prosent av brukerne (33 av 41) at de jobber godt eller veldig godt med målene de har satt seg i tiltaket, og at tiltaket har bidratt til at de har det bedre i livet.¹⁴ Et flertall av brukerne oppgir også at tiltaket har hjulpet dem å følge opp egen helse (28 av 41) og å få bedre boevne (27 av 41).

Både ansatte og andre samarbeidende tjenester opplever i hovedsak at metoden som tilbys i tiltaket fungerer godt for å bidra til økt livsmestring og selvstendigjøring av brukerne.

5.8 Suksesskriterier og utfordringer

Ansatte i DUE og samarbeidspartnere nevner DUEs fleksibilitet som et av modellens suksesskriterier. Ansatte i DUE Bergen mente at organisering av arbeidstiden må være fleksibel slik at brukerne kan nå koordinatorene til ukurante tider. Flere av våre informanter trakk frem som suksesskriterium at DUE-koordinatorene er mer fleksible enn de ordinære tjenestene fordi de har bedre tid til å ta kontakt og følge opp.

Fleksibilitet innebærer også at tiltaket kan skaleres etter behov. Slik DUE er organisert i Bergen, driftes DUE uten eget budsjett og finansieres av internfakturerings i kommunen. Kostnadene belastes budsjettene i den enkelte barneverntjeneste, og faktureringen fra DUE skal dekke alle kostnader ved driften av tiltaket. Dette gjør at DUE kan øke kapasiteten etter hvert som flere barn blir henvist til tiltaket, og de trenger ikke å vente på neste års budsjett. Så lenge de har nok ungdommer de kan fakturere for, kan de ansette folk. De ansatte i tiltaket er ansatt i midlertidige stillinger. Denne organiseringen kan ses på som en styrke, fordi den bidrar til å sikre at DUE har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp ungdommene som henvises. Denne fleksibiliteten gjør også at kostnadene ved modellen

kan holdes nede dersom det i perioder er mindre behov for tiltaket.

DUEs modell setter brukeren i sentrum, og dette synes å være et suksesskriterium, fordi det får ungdommen investert i tiltaket og hjelper ungdommen til å ta ansvar for eget liv. I dette ligger det også at tiltaket er frivillig, som kan gjøre brukerne mer motiverte i å få tiltaket til å fungere. En samarbeidspartner mente at DUE er flinke til å tilpasse tilbudet til det ungdommen selv kommer med. Modellens store grad av brukermedvirkning krever imidlertid at det er en god matching mellom ungdommen og koordinatoren. God matching ble i seg selv nevnt som suksesskriterium av ansatte i DUE Bergen. Det innebærer at det må være nok koordinatorene til at det er noen å velge i for å oppnå god matching.

Et annet suksesskriterium som er nevnt av en samarbeidspartner, er DUE-koordinatorenes engasjement for faget og i ungdommen. Koordinatorene er opptatt av å ha en god relasjon til dem i systemet rundt ungdommen og ungdommens nettverk og familie.

Fra intervjuene med barnevernstjenesten i Bergen fremstår det som viktig at DUE er et separat tiltak fra barnevernet. En informant i barneverntjenesten mente at siden barnevernet har vedtaksmyndighet, kan tjenesten oppleves som skummel og ungdommen kan ha mindre tillit til tjenesten. En annen informant mente at ungdommer som har lang erfaring med barnevernet kan ha et komplisert forhold til barnevernet, og DUE kan da få til en god relasjon med ungdommen som barnevernet ikke hadde klart.

Fra intervjuene har det kommet frem at DUE fungerer ulikt avhengig av hvem som er DUE-koordinator. Det at modellen er fleksibel og brukerfokusert, gjør at den i stor grad avhenger av den enkelte koordinators evner til å bygge relasjon med ungdommen og følge opp ungdommens hjelpebehov. En samarbeidspartner til DUE Bodø mente at det var forskjell på DUE-koordinatorene og at DUEs hjelp var personavhengig. En annen informant mente at samarbeidet med DUE var avhengig av DUE-koordinatorens egnethet, og understreket viktigheten av koordinatorens kjennskap til det offentlige systemet. Informanten reiste spørsmål om DUE burde ha større grad av rutiner og system for samarbeid med andre tjenester, for å være mindre avhengig av den enkelte koordinators egnethet og sikre et minimumsnivå av oppfølging.

DUEs personavhengighet kan tenkes å bli mindre dersom tiltaket har et godt fagmiljø og rutiner for opplæring i modellen. Betydningen av et fagmiljø er nevnt av både samarbeidspartnere og ansatte i DUE

¹⁴ Fire respondenter svarte «Det varierer», tre svarte «Vet ikke» og én svarte «Ikke relevant».

som et suksesskriterium. Ansatte i DUE beskrev at fagmiljøet er viktig for at koordinatorene skal trives og gjøre en god jobb i en rolle som krever mye selvstendig arbeid. DUE Bergen gjennomfører derfor jevnlig faglig veiledning og kompetanseutviklingstiltak, med utgangspunkt i koordinatorenes behov og arbeidsoppgaver.

5.9 Oppsummerende vurdering av DUE

I dette kapittelet oppsummerer vi sentrale kjennetegn ved DUEs modell, og vi drøfter ulike sentrale elementer ved modellen og dens virkemåte.

DUE er en fleksibel og ambulant modell for oppfølging

DUE skal bidra til at tjenestene rundt ungdommene henger godt sammen, og de kan hjelpe ungdommene med å følge opp avtaler og møter de har med det ordinære tjenesteapparatet. Intensiteten i oppfølgingen skal tilpasses funksjonsnivået til den enkelte ungdom, og DUE skal hjelpe ungdommene slik at de lærer å nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene. Oppfølgingen fra DUE skal være brukerfokusert og fleksibel.

DUE følger i utgangspunktet ikke opp ungdom med alvorlige psykiske lidelser eller tunge rusproblemer

Målgruppen til DUE er barn og unge med behov for hjelpetiltak. Målgruppen omfatter både barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet, og andre barn og unge med behov for tett oppfølging fra det offentlige. Ungdommene i målgruppen har ofte sammensatte problemer og behov for hjelp fra flere ulike aktører. DUEs målgruppe omfatter ikke brukere med alvorlige psykiske lidelser eller alvorlige rusproblemer, fordi de ansatte i tiltaket ikke har kompetanse på behandling av den type problematikk og heller ikke kapasitet til svært intensiv oppfølging. DUE retter seg blant annet mot barn i barnevernet som er plassert i frivillig botiltak, og treffer dermed en delmengde av målgruppen for dette prosjektet, som er barn i barnevernet som er bosatt utenfor hjemmet. DUE-modellen kan også benyttes til barn og ungdom i fosterhjem. Slik DUE-modellen er innrettet i dag treffer den imidlertid ikke barn og unge som er bosatt i institusjon.

DUE bidrar til å identifiseres ungdommenes behov og hjelper dem med utgangspunkt i disse

DUEs modell er basert på at de hjelper ungdommen med å avdekke sine behov, hvilke rettigheter de har og å sette dem i kontakt med det ordinære tjenesteapparatet. DUE tar også rollen som en trygg voksen, og kan følge ungdommen til møter med andre tjenester for å oppmuntre og støtte ungdommen. DUE bidrar til samordningen mellom tjenester ved å ha

kontakt med og følge opp de ulike tjenestene, samt ved å fastsette samarbeidsmøter.

DUE kan bidra til å gjøre det enklere for andre tjenester å gi den hjelpen ungdommene trenger

En del av ungdommene som følges opp av DUE, ville ikke selv tatt kontakt med andre tjenester for å få hjelp til sine behov. Når DUE kommer inn i sakene, hjelper de ungdommen med å koble på de tjenestene ungdommen har behov for. DUE kan også hjelpe ungdommene så de ikke faller ut av tjenestene de har, for eksempel ved å hjelpe dem med å følge opp avtalene sine. Det at DUE har en god relasjon til ungdommene og representerer en voksenperson som ungdommen kan stole på, kan også være positivt i møte med andre tjenester. DUE-koordinatoren kan være med i møter med andre tjenester dersom ungdommen ønsker det, og dette bidra til at ungdommen klarer å møte opp og snakke åpent om problemene sine og ta imot hjelp fra andre tjenesteytere.

Saksbehandlere i barnevernet vil ta denne rollen for ungdom som ikke er i DUE. DUE-koordinator har imidlertid mer tid til oppfølging av dette enn en saksbehandler i barnevernet normalt sett vil ha, slik det fremkommer av intervjuene med DUEs samarbeidspartnere og DUE-koordinatorenes tidsbudsjet per ungdom. Uten DUE vil saksbehandler i barnevernet også bruke tid på å få aktivisert andre tjenester i hjelpeapparatet rundt en ungdom, og kanskje særlig de psykiske helsetjenestene som det kan være utfordrende å få plass i. Saksbehandlere har imidlertid oppfølgingsansvar for flere brukere enn DUE-koordinatorene og vil normalt sett ikke kunne bruke så mye tid som DUE-koordinatoren til å følge opp ungdommen i dette, for eksempel når det gjelder å motivere ungdommen til å tjenestene i bruk, stille opp på avtalte timer og så videre. DUE tilfører dermed en viktig ressursinnsats i form av mer tid til hver ungdom. Våre informanter i DUE og barnevernet opplever at dette bidrar til at det ordinære hjelpeapparatet i større grad strekker seg i oppfølgingen, slik at ungdommene kan nyttiggjøre seg tjenestene de blir tilbudt.

Tjenestetilbudet blir mer helhetlig fordi det utarbeides en plan for oppfølgingen

Ved å hjelpe ungdommene til å nyttiggjøre seg av det ordinære tjenesteapparatet, hjelper DUE brukerne til å få den hjelpen de har behov for i dag og i fremtiden. DUE bidrar til at brukerne får et helhetlig tjenestetilbud ved at de sammen med ungdommen lager konkrete mål og planer der de ulike tjenestenes rolle er definert.

Oppfølgingen fra DUE legger til rette for selvstendigjøring av ungdommen

DUE-modellens vektlegging av brukermedvirkning bidrar til ungdommens selvstendigjøring og livsmestring. Oppfølgingen fra DUE skal lære ungdommene å ta mer ansvar for eget liv og følge opp viktige områder i livet, for eksempel egen helse, skole, bosituasjon og sosialt nettverk. En styrke ved denne tilnærmingen, er at ungdommene blir rustet for å håndtere hverdagen sin etter at oppfølgingen fra DUE er avsluttet.

Den brukerfokusede tilnærmingen bidrar til at oppfølgingen tilpasses den enkelte ungdoms behov

En styrke ved DUE er at modellen er fleksibel og brukerfokusede. For en målgruppe som har behov for tett oppfølging og et helhetlig tjenestetilbud, synes det å være suksesskriterier at modellen kan tilpasses etter ungdommens behov og at ungdommen er med på å forme sine mål for tiltaket. Det kan imidlertid være en barriere for det helhetlige hjelpetilbudet, at DUE ikke kan tilby behandling eller henvise til spesialisthelsetjenesten, gitt at mange i målgruppa har behov for dette. Til sammenligning har Stillasbyggerne psykologfaglig kompetanse i tiltaket, som gjør at de kan henvise til BUP og kan, ved behov, tilby helsehjelp som en del av tiltaket.

At de ansatte i DUE ikke jobber i barnevernet, kan gjøre det enklere for dem å få tillit hos ungdommen

Samarbeidspartnere og ansatte opplever det som et suksesskriterium at DUE er en ekstern aktør som supplerer barnevernet. DUEs rolle kan derfor oppfattes som mer nøytral og tillitsskapende overfor ungdommen. Samtidig letter DUE barnevernets oppfølgingsarbeid og koordineringsarbeid ved at DUE har bedre kapasitet og mer fleksibel arbeidstid til å gi brukerne tett oppfølging.

6. Evaluering av FACT ung

FACT ung skal gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til ungdom mellom 12 og 25 år. Målgruppen for FACT ung er ungdom med funksjonssvikt innen områder som psykisk helse, skole, familie og rus, samt med behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer. Barn i barnevernet kan inngå i målgruppen, men i teamene vi har studert er de i mindretall. FACT ung er under utprøving og foreløpig implementert i 18 kommuner/bydeler i Norge.

6.1 Overordnet om modellen

FACT ung er et tverrfaglig team som skal gi oppsøkende, integrert og langvarig behandling til ungdom med sammensatte behov. FACT ung skal kunne yte både kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester. For å ivareta dette stiller modellen krav om bred kompetanse i teamet: barne- og ungdomspsykiater, barne- og ungdomspsykolog, brukerspesialist/erfaringskonsulent og helse- og sosialfaglig personell (for eksempel sykepleier, vernepleier, sosionom, spesialpedagog, barnevernspedagog, musikkterapeut). I tillegg skal også arbeids- og utdanningsspesialist, russpesialist, og rehabiliteringsspesialist inngå i teamet (NKROP, 2022).

FACT står for «Flexible Assertive Community Treatment», og kan på norsk oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling.

FACT ung har vært en sentral satsing fra Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene, og i statsbudsjettet for 2023 er det satt betydelige midler til implementeringsstøtte og etablering av FACT ung-team (Finansdepartementet, 2022).

6.1.1 Organisering

FACT ung skal implementeres som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022).

Helsedirektoratet legger til rette for opplæring og implementeringsstøtte til nye FACT ung-team som starter opp (Helsedirektoratet, 2022). NAPHA har fått ansvar for koordinering og gjennomføring av implementeringsstøtten, og det er opprettet et

nasjonalt implementeringsteam bestående av representanter fra ulike kompetansesentre (NAPHA, 2022). Implementeringsstøtten inkluderer blant annet eget opplæringstilbud for alle FACT ung-team, webinarer for regioner som er i forprosjektfasen for etablering av FACT ung, samt teamledersamlinger.

I Norge var det per september 2022 18 FACT ung-team i drift, og 15 nye team hadde søkt om midler til forprosjekt. En oversikt over disse teamene er inkludert i Vedlegg B. I utredningen om FACT Ung i Norge, ledet av NKROP¹⁵ og NAPHA¹⁶, vises det til at det i implementeringen av modellen ikke foreligger en veldefinert metodikk. Modellen ligger mer i «grenselandet» mellom en veldefinert metodikk og et faglig utviklingsarbeid knyttet opp mot å gi «sammenhengende, helhetlige og koordinerte tjenester til ungdom med alvorlig og sammensatt psykisk uhelse» (NKROP og NAPHA, 2021).

6.1.2 Faglig og teoretisk grunnlag

FACT ung kommer fra FACT (Flexible Assertive Community Treatment), som er utviklet i Nederland og bygger på ACT-modellen (Assertive Community Treatment) (van Veldhuizen, 2007). Den norske modellbeskrivelsen av FACT ung er basert på den nederlandske versjonen (Hendriksen-Favier, 2013; NKROP, 2022). Det er foreløpig publisert lite forskning om FACT ung-modellen, men forskningen som er gjort indikerer at oppfølging etter modellen har en positiv effekt for mange i målgruppa (NKROP, 2022; Broersen, et al., 2020a; Broersen, et al., 2020b).

Grunnpilaren i FACT-modellen er at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, rusmisbruk eller begge deler, skal få muligheten til å delta i lokalsamfunnet og leve sine liv utenfor institusjoner, med god oppfølging og tilpasset behandling over tid.

6.2 Mål

Målet i FACT ung er å gi integrert og langvarig behandling til ungdom med store og sammensatte behov som ikke får tilstrekkelig tilrettelagt oppfølging og behandling i det ordinære tjenesteapparatet (NKROP, 2022).

FACT ung sikter inn mot å gi oppsøkende og helhetlige tjenester, med stor grad av fleksibilitet og sømløshet mellom tjenestene.

¹⁵ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

¹⁶ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

6.3 Målgruppe

FACT ung skal gi et helhetlig tilbud til unge som ikke får tilstrekkelig tilrettelagt oppfølging og behandling i det ordinære tjenesteapparatet (NKROP, 2022). Helsedirektoratet anbefaler følgende inklusjonskriterier for FACT ung (Helsedirektoratet, 2021):

- Alder 12-25 år
- Ungdom som man antar trenger langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer
- Ungdom med funksjonssvikt innenfor områder som psykisk helse, skole, nettverk, arbeid, familie, rus, kriminalitet, seksualitet, avhengighet med mer

Helsedirektoratet understreker at vurderingen av om en ungdom skal få oppfølging fra FACT ung eller ikke, skal ta utgangspunkt i ungdommens fungering, og at vurderingen skal være uavhengig av diagnose. De begrunner dette slik: «For målgruppen er det ikke hensiktsmessig med kriterier tilknyttet diagnoser, da barn og unge er under utvikling og vil ha en pågående sykdomsutvikling som krever utredning og behandling over tid. Ved å knytte målgruppe til en bestemt psykisk lidelse eller utviklingsforstyrrelse vil en snevre inn målgruppen».

Helsedirektoratet har likevel vurdert to grupper særskilt: ungdom med utviklingsforstyrrelse og ungdom med spiseforstyrrelse. Begge disse gruppene kan være i målgruppen for FACT ung. Helsedirektoratet vurderer at ungdom med utviklingsforstyrrelser som også oppfyller de øvrige inklusjonskriteriene, kan få oppfølging fra FACT ung. Direktoratet påpeker samtidig at dette gir en stor bredde i målgruppen, og at det kan være en utfordring å etablere FACT ung-team som har tilstrekkelig bredde i sin kompetanse. For ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser anbefaler Helsedirektoratet at oppfølgingen skjer fra spesialisthelsetjenesten og ikke FACT ung. Oppfølging av disse ungdommene krever spesialistkompetanse som ikke inngår i FACT ung-teamene. For ungdom med begynnende spiseforstyrrelse, vurderer Helsedirektoratet at FACT ung kan være et relevant oppfølgingstilbud.

Målgruppen til FACT ung kan variere noe mellom de ulike teamene. ROP og NAPHA har utarbeidet en brosjyre med praktiske råd til gjennomføring av forprosjekt for FACT ung, og i denne skriver de at det er nødvendig å drøfte lokale målgruppetilpasninger. Behovet for dette skyldes ulik organisering og tjenestetilbud i kommunene, og at dette medfører variasjon i hvilke ungdommer som mangler lokale oppfølgingstilbud (NKROP og NAPHA, 2022). Det fremheves i rapporten fra NKROP og NAPHA at det i forståelsen av målgruppen for FACT ung er viktig at de ungdommene modellen har som ambisjon å hjelpe har «mange-punkts-kontakt»; kontakt med mange

forskjellig tjenestesektorer og -nivåer, samtidig som utbytte av hjelpen er liten (NKROP og NKNAPHA 2021:13).

Et eksempel på en tilpasning av målgruppen, er et FACT ung-team som på sine nettsider har beskrevet at målgruppen er barn og unge i alderen 12 til 25 år med moderate til alvorlige psykiske lidelser, eller mistanker om dette. I den generelle modellbeskrivelsen av FACT ung er det ikke et inklusjonskriterium at ungdommen skal ha moderate til alvorlige psykiske lidelser eller mistanke om dette. Videre står det på FACT ung teamets nettside at målgruppen er unge med behov for flere ulike tjenester, men der utfordringene er av en slik art at det polikliniske tilbudet ikke er tilstrekkelig. Ungdommene i målgruppen skal også ha et kraftig funksjonsfall.

Målgruppen er med dette ungdom som har vansker i dagliglivet, ofte knyttet opp mot psykiske lidelser. Dette kan også omfatte rus- og avhengighetsproblemer og/eller vanskelige sosiale forhold. Denne målgruppen kan omfatte ungdom i barnevernet som bor utenfor hjemmet, men omfatter også mange ungdommer som ikke er under barnevernets omsorg.

I et av våre intervjuer fortalte en av teamlederne for FACT ung at de har et ønske om å nå de som ikke så lett fanges opp av det øvrige tjenesteapparatet. Årsaken til at de ikke fanges opp er ikke manglende behov for oppfølging, men at ingen tjenester definerer den enkelte unge inn under sitt ansvarsområde.

I en nylig publisert evaluering av tre FACT ung-team i Norge, vises det til at 8 av 53 brukere i de evaluerte teamene er henvist fra barnevernet (NKROP, 2022). Det faktiske antallet barn i barnevernet som fikk oppfølging av FACT ung kan i realiteten ha vært noe høyere, ettersom noen kan ha blitt henvist fra andre tjenester. Evalueringen peker på at FACT ung er en svært relevant samordningsmodell for barn i barnevernet, og anbefaler økt bruk av FACT ung nettopp av denne gruppen. fordi Dette er barn som ofte «faller mellom to stoler», og derfor ikke plukkes opp av de relevante tjenestetilbudene, til tross for hjelpebehov. Det er usikkert hvorfor det er såpass få brukere fra barnevernet i FACT ung-teamene som er evaluert. En mulig årsak kan være manglende kjennskap til FACT ung i barnevernet. Når tiltaket er organisert i spesialisthelsetjenesten eller kommunale helsetjenester, kan det være lettere for disse tjenestene å henvise sine brukere til FACT ung. Det at barnevernets ansatte ikke selv deltar i FACT ung teamene kan også tenkes å gi barnevernet mindre eierskap til og kunnskap om FACT ung. Dette kan bidra til å forklare at relativt få barn fra barnevernet følges opp. Det må samtidig påpekes at teamene som er inkludert i evalueringen var i sitt andre driftsår da evalueringen ble gjennomført, og at teamene startet

opp på et tidspunkt da det var lite kunnskap om FACT ung-modellen i Norge. Teamene ble også etablert mens samfunnet var nedstengt som følge av korona-pandemien og de innførte smitteverntiltakene. Dette kan ha hatt betydning for hvilke barn og unge som har blitt inkludert i oppfølgingen.

Hverken vi eller evalueringen til NKROP har innhentet tall for det samlede antall potensielle brukere fra barnevernet i de gjeldende kommunene. Det kan også være at antall brukere henvist fra barnevernet reflekterer den faktiske størrelsen på målgruppen blant barn med tiltak fra barnevernet.

6.4 Arbeidsmåte og samarbeidsform

FACT ung-teamene organiseres som et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2022). En samarbeidsavtale regulerer arbeidsdelingen.

6.4.1 Grunnprinsipper i modellen

NKROP har utarbeidet en modellbeskrivelse av FACT ung (NKROP, 2022). De beskriver syv grunnprinsipper som ligger til grunn for arbeidet med modellen. Første prinsipp er fleksibilitet. Dette viser til at man i modellen kan skifte mellom intensiv oppfølging og «case management», og er nærmere beskrevet i avsnitt 6.4.3.

Neste prinsipp er aktiv oppsøkende virksomhet. Dette innebærer at en stor del av kontakten med ungdommen skal være der ungdommen er og i det lokalmiljøet de lever.

Videre er tverrfaglig teamtilnærming et viktig grunnprinsipp. Dette handler om at FACT ung-teamet skal ha en tverrfaglig tilnærming, som gjør at teamet samlet kan gi de fleste tjenestene ungdommen har behov for. Deltakelse i lokalsamfunnet er neste grunnprinsipp, og innebærer at FACT ung-teamet skal jobbe for at ungdommen fungerer og deltar i lokalsamfunnet. Videre er familie- og systemarbeid et viktig prinsipp, som handler om at FACT ung-teamet ikke utelukkende skal jobbe med ungdommen, men også med ungdommens familie og tjenester som barnevern, skole og PPT.

Det nest siste prinsippet i modellen er «recovery» og brukermedvirkning. Dette handler om at ungdommen skal kunne leve et meningsfylt liv selv om de har vansker – det vil si at fokus flyttes fra symptomer og vansker til hva som kan øke den enkeltes livskvalitet. Det er også viktig at ungdommens rett til brukermedvirkning ivaretas, slik at de kan medvirke i egen oppfølging og behandling.

Det siste grunnprinsippet er helhetlige, integrerte og kontinuerlige tjenester. Dette handler om at teamet skal legge til rette for at tjenestene som ungdommen får jobber sammen, og ikke parallelt.

6.4.2 Hvordan etableres kontakt mellom FACT ung og ungdommen?

FACT ung-teamenes oppfølging av den enkelte ungdom skjer etter henvisning fra en aktør som er i kontakt med ungdommen. En nylig gjennomført evaluering av tre FACT ung-team i Norge viser at de fleste ungdommene var henvist fra BUP (n=36). Imidlertid var det også en del som var henvist fra barnevernet (n=8), skole/PPT (n=5), fastlege (n=4) og kommune/bydel (n=2) (NKROP, 2022).

Det virker å være noe variasjon mellom ulike FACT ung-team i hvem som kan henvise. På nettsidene til et av FACT ung-teamene opplyses det om at man må få henvisning fra lege eller klinisk psykolog, mens et annet FACT ung-team har et henvisningsskjema liggende ute på nett som kan benyttes av alle tjenesteytere som er i kontakt med ungdommen. Dette kan være helsesykepleier på skoler, BUP, og andre offentlige tjenester som henviser. Foreldre eller ungdommen selv kan ikke henvise.

FACT ung-teamet med det nettbaserte henvisningsskjemaet fortalte at de får de fleste av sine henvisninger fra BUP, men at det også er en økende andel henvisninger fra barneverntjenesten. Videre fortalte en ansatt i dette teamet at når barnevernet henviser, er det ofte fordi de antar at ungdommen har behov for en samtalejeneste og at denne bør være utenfor barnevernet. Disse samtalerne er særlig rettet inn mot psykisk helse. Når BUP henviser, er derimot ungdommen allerede under en form for psykisk utredning, og det er sjelden behov for FACT på grunn av det psykisk helsefaglige. En del av disse ungdommene ønsker ikke hjelp, og det kan være en utfordring at de ikke møter opp til avtaler. For disse ungdommene er det behov for oppfølging på andre arenaer enn på et kontor, og det kan være enklere å få ungdommen i tale under en kjøretur, på en fritidsaktivitet, hjemme hos ungdommen eller andre steder hvor BUP ikke er til stede.

6.4.3 Arbeidsform

Ungdommene som henvises til FACT ung har til felles at de har en form for funksjonssvikt, samt langvarig behov for tjenester fra ulike nivåer. FACT ung-teamet besitter kompetanse på ulike fagområder, i form av ansatte som jobber i teamene i ulike stillingsprosenter. Teamet jobber tett sammen, uavhengig av hvilken fagbakgrunn de har. Samlet kan teamene ta over mange av oppgavene som ellers ytes av aktører i det ordinære tjenesteapparatet.

Når en ungdom blir henvist til et FACT ung-team, blir det gjennomført en kartlegging av ungdommen (NKROP, 2022). Gjennom kartleggingen skal teamet få kunnskap om ungdommens utfordringer, styrker og ressurser, samt mål. Når en ny ungdom starter oppfølging fra FACT ung-teamet, skal ungdommen «stå på tavla» den første tiden. FACT-tavlen er et verktøy som gir informasjon om nye ungdommer eller ungdommer som får intensiv oppfølging fra FACT ung-teamet. Tavlen inneholder informasjon som iverksatte og planlagte tiltak, samarbeidspartnere og kontaktpunkter. Innholdet på tavlen blir gjennomgått på daglige møter. Når nye ungdommer skal få oppfølging fra FACT ung-teamet, skal teammedlemmene i møtene dele sine inntrykk av ungdommen. Dette inngår som informasjonsgrunnlag i kartleggingsprosessen.

Flere av våre informanter trakk i intervju frem at det er en fordel at FACT ung-teamene samler flere ulike profesjoner. Dette gir ungdommen mulighet til å bli sett fra flere ulike synsvinkler. Samtidig vil FACT Ung teamene basere seg på en mer fleksibel profesjonell samhandling med brukerne.

En sentral styrke med FACT ung, er at ungdommen får tilgang til mange relevante tjenester gjennom FACT ung-teamet. FACT ung-teamene er også oppsøkende og bevisst på brukernes behov. Våre informanter i FACT ung fremhever at de jobber fleksibelt og har høy grad av tilgjengelighet. De har dermed tid til tett oppfølging ved behov. Teamorganiseringen gjør at de kan tilby samkjørte og koordinerte tjenester, og ungdommen får hjelp til «alt». Samlet sett skal dette sørge for at oppfølgingen blir helhetlig, slik våre informanter i FACT ung legger det frem.

Tidligere evaluering av FACT ung viser at ungdommen som får oppfølging opplever teamet som tilgjengelig, og at det er enkelt å ta kontakt og få time (NKROP, 2022). Det er samtidig flere som har pekt på at utvidede åpningstider kan bidra til å forbedre tilbudet. Opplevelsen av god tilgjengelighet innenfor åpningstidene knyttes opp mot at FACT ung-teamene er fleksible på hvilke arenaer de møter ungdommen på, og er villige til å møte ungdommen der ungdommen selv ønsker.

I vår studie finner vi imidlertid at FACT Ung teamene først og fremst er tilgjengelig i alminnelig kontortid, frem til klokken 1600. Allikevel finner NKROP i sin evaluering av FACT Ung fra 2022 at de pårørende de har intervjuet er svært fornøyde når det kommer til tilgjengelighet (NKROP 2022:74). Mange har erfaring med tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og har gitt uttrykk for mye frustrasjon knyttet til det å få kontakt og time. FACT Ung teamet derimot, etter disse pårørendes erfaringer, «tilbyr tett kontakt og langvarig

oppfølging (NKROP 2022:74). Mange av ungdommene sliter med alvorlige lidelser og deres pårørende gir uttrykk for en konstant bekymring. Her opplever mange av informantene i studien at FACT Ung teamet gir uttrykk for stor lettelse over at de har noen de kan ringe til, samt at de kan få time raskt. I rapporten vises det til at pårørende bruker ord som «uvurderlig, beroliget, befrielse, takknemlighet eller lettelse» når de skal beskrive kontakten med FACT Ung teamet (NKROP 2022:75).

«Case management» eller intensiv oppfølging

I oppfølgingen av ungdommene kan FACT ung-teamene veksle mellom såkalt «case management» og mer intensiv oppfølging. Case management innebærer at det er ungdommens «case manager» i FACT ung-teamet som i hovedsak følger opp i det daglige. En «case manager» er en profesjonsuavhengig rolle, og personen har ansvar for å yte og skaffe den hjelpen ungdommen trenger. Den som er case manager har ansvar for å koordinere tjenestene og sikre samhandling både internt i teamet, og ut til eksterne aktører. Personen har også ansvaret for å sette sammen det interne teamet som følger ungdommen.

Når en ungdom mottar intensiv oppfølging fra FACT ung-teamet, deler teammedlemmene i større grad på oppfølgingsoppgavene (NKROP, 2022). På denne måten unngår de at oppfølgingen er avhengig av ett enkelt teammedlem. En ungdom som får intensiv oppfølging «står på tavla». Når en ungdom får intensiv oppfølging, diskuterer teamet ungdommens situasjon på daglige møter for å sikre god og koordinert oppfølging. Disse møtene skal også bidra til å sikre at det gis en helhetlig oppfølging. Møtene er nærmere beskrevet i avsnitt 6.4.4. Det kan være ulike årsaker til at en ungdom blir ført opp på tavla. I modellbeskrivelsen er følgende kriterier beskrevet for at en ungdom skal stå på tavla:

- økte symptomer/krise, familieproblemer, omsorgssvikt, alvorlig forsømmelse av egen helse eller ordensforstyrrelser
- trekker seg unna avtaler, er vanskelig å nå eller ved hyppige innleggelser
- under og etter innleggelse
- endring av behandling (f.eks. medikamentell behandling eller annen terapi)
- livshendelser
- nye brukere

Teammedlemmene kan også be om at en ungdom blir ført opp på tavla. I tillegg kan ungdommen selv eller andre kan be om tettere oppfølging. Dersom et teammedlem er i tvil om en ungdom bør føres opp på tavla, er dette også noe de kan ta opp på møtene og diskutere med de andre teammedlemmene. Når en ungdom blir ført opp på tavla, skal ungdommen og

relevante pårørende informeres, og ungdommen skal få mulighet til å påvirke hvordan oppfølgingen skjer.

Etter modellbeskrivelsen skal det gjennomføres relevante risikovurderinger for ungdom som får intensiv oppfølging fra et FACT ung-team. Dette skal skje innen to dager etter at de er ført opp på tavla. I tilfeller der det er fare for at ungdommen kan skade seg selv eller andre, skal det også utarbeides en kriseplan. Denne kriseplanen skal kunne brukes til å informere en akuttjeneste om ungdommens situasjon og behov.

Mulighet til å matche ungdom og teamansatt

Fordi FACT ung-teamet består av flere team-medlemmer, har de mulighet til å bytte ut ungdommens kontaktperson dersom de finner ut at det er en dårlig match mellom ungdommen og kontaktpersonen. Flere informanter påpekte i intervju at dette er en viktig styrke ved organiseringen til FACT ung-teamene. De påpekte at en god match kan handle om fagbakgrunn, men også om personens personlige egenskaper og personlighet. Ved å velge en person som er en god match, legges grunnlaget for at ungdommen og kontaktpersonen over tid kan bygge en god relasjon. Det ble også nevnt at dette er en forskjell fra det ungdommen kanskje er vant til fra barnevernet eller BUP, der det skal mye til for å bytte saksbehandler eller behandler.

Tverrfaglighet og mulighet for langvarig oppfølging

Den ulike kompetansen til teammedlemmene blir i hver sak koblet sammen for å gi en helhetlig oppfølging av den enkelte ungdom. I dette ligger også mye av metodikken. Ungdommen trenger ikke bekymre seg for om delaktiviteter blir fulgt opp. Alle aktiviteter som skole, fritidsaktiviteter, timer hos lege og BUP og andre kontaktpunkter og avtaler ungdommene har, samles og følges opp av FACT ung-temaet. Her er det stor fleksibilitet de ulike teamdeltakerne imellom.

For ungdom som får intensiv oppfølging gir FACT ung-teamene tett oppfølging i form av mange kontaktpunkter med ungdommene i løpet av en uke. Mange ungdommer har telefonkontakt med teamet, men teamet kan også treffe ungdommen der de ønsker, for eksempel ved å kjøre en tur eller møtes på kafe. Flere av ungdommene foretrekker å møtes på denne typen arena fremfor på et kontor. Ved å tilby å møte ungdommene der de er, sikrer FACT ung-teamet fleksibilitet i tilgjengelighet.

Sammenlignet med en del andre tjenester og tiltak, kan FACT ung-teamene følge opp ungdommene over en lengre tidsperiode, begrenset inntil ungdommen er 25 år. Intensiteten i oppfølgingen vil imidlertid variere over tid. Kontinuiteten i oppfølgingen gjør det mulig for FACT ung-teamet å bygge en relasjon, både til ungdommen og til aktører rundt ungdommen.

Taushetsplikt

Det virker å være noe delte erfaringer knyttet til om taushetsplikt kan være et hinder for samhandlingen.

I en av kommunene inkludert i dette prosjektet, har FACT ung-teamet et eget henvisningsskjema på nett, hvor ulike tjenester kan henvise ungdom til FACT ung. Her bes ungdommen, i samråd med henvisende tjeneste, om å samtykke til at FACT ung-teamet kan samarbeide med ulike aktører. Erfaring har vist at mange unngår å krysse av for BUP og barnevernet. Dette blir da fulgt opp i møtet med FACT ung-teamet, og det blir stilt spørsmål om grunnen til at de ikke ønsker å samtykke. Teamet forsøker å løse opp i det som eventuelt er problemet, og å forklare hvorfor de ønsker å kunne dele informasjon med BUP og barnevernet.

En informant i barnevernet fortalte at ettersom barna og familiene ønsker hjelp, er det sjelden at det er vanskelig å få samtykke til å dele informasjon. Informanten hadde opplevd at noen ønsket at enkelte ting ble unntatt fra samtykket, men at det stort sett var uproblematisk å jobbe rundt dette.

Samtidig har noen av samarbeidspartnere rundt FACT ung-teamene opplevd usikkerhet knyttet til taushetsplikt og informasjonsdeling (NKROP, 2022). Det er også eksempler på aktører som har opplevd at manglende samtykke har skapt utfordringer for samarbeidet. I den tidligere evalueringen av FACT ung ble det derfor trukket frem som viktig at FACT ung-teamet innhenter samtykke for informasjonsdeling tidlig. I tilfeller der det er vanskelig å få samtykke, ble det påpekt at det er viktig å forklare bakgrunnen for hvorfor man ønsker informasjonsdeling og samarbeid på tvers av aktører.

6.4.4 Samhandlingsrutiner

Samhandlingen og koordineringen av tjenester internt i FACT ung-teamene skjer i korte daglige møter (30-40 minutter) mellom teammedlemmene (NKROP, 2022). Alle som er på jobb skal delta på disse møtene, men fordi det er vanlig med deltidsstillinger i FACT ung-teamene, er det ikke alltid alle som er på jobb og kan delta. På møtene går teammedlemmene gjennom ungdom «(som er på tavla)», det vil si ungdom som får intensiv oppfølging fra teamet.

Hver ungdom som står på tavla blir gjennomgått på de daglige møtene. Det er personens «case manager» som går gjennom status for ungdommen, og andre teammedlemmer kan supplere med informasjon eller stille spørsmål. I møtene blir ungdommens mål og tiltak vurdert og enten videreført eller justert. I tillegg blir dagens oppgaver planlagt og fordelt mellom teammedlemmene.

I tillegg til at FACT ung-teamene koordinerer tjenestene som ytes fra teamet, er de også forventet å koordinere tjenester fra det øvrige tjenesteapparatet. Selv om FACT ung-teamene er tverrfaglige og kan overta en del tjenester fra det øvrige tjenesteapparatet, er det også en del tjenester teamene ikke kan tilby. Dette kan både være knyttet til at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å yte tjenesten, eller at de ikke har mandat til dette. Det sistnevnte gjelder særlig for barneverntjenester – et FACT ung-team kan ikke erstatte barnevernets undersøkelser og vurderinger (NKROP, 2022). I tilfeller der ungdommen har tjenester fra barnevernet samtidig med FACT ung, er det derfor behov for å samordne oppfølgingen fra FACT ung og barnevernet. Dette gjelder også øvrige tjenester som FACT ung-teamet ikke kan tilby.

Fra barnevernet er det i hovedsak saksbehandlere som inngår i samhandlingen. Disse er etterspurt inn i teamene fordi det er de som har den konkrete saken. Samtidig er lederforankring viktig. Det er rimelig å anta at manglende lederforankring kan være en av forklaringsfaktorene der saker ikke utvikler seg på en positiv måte. Når et FACT ung-team etableres, jobbes det derfor med lederforankringen. Det at koblingen til FACT Ung temaet er forankret i ledelsen i de samhandlende tjenestene sikrer et større handlingsrom for de deltakende saksbehandlerne. Dette gjelder både når det kommer til å kunne sette av tid til å delta i teamet, men også når det kommer til tjenestens oppfølging av de enkelte ungdommene som er knyttet til FACT. Samarbeidet tjenestene imellom blir med dette lederavhengig, noe som representerer en sårbarhet både for samhandlingen og modellen.

6.4.5 Ansvars- og rolleavgrensninger

Rolle- og ansvarsavgrensninger kan være en utfordring i koordineringen mellom FACT ung-teamene og andre aktører rundt ungdommen. I intervjuene kom det frem at dette særlig kan være utfordrende i samarbeidet med barnevernet. Dette knytter seg til at både FACT ung og barnevernet driver oppsøkende arbeid, og barnevernets arbeid kan grense opp mot det arbeidet FACT ung gjør. Det er derfor viktig at FACT ung-teamet og barnevernet har en god dialog og avklarer hvem som gjør hva. FACT ung har ingen undersøkelsesplikt, men de har meldeplikt dersom de oppfatter situasjoner som utløser denneplikten.

Barnevernets rolle i modellen er både drøftet i NAPHA's utredning av FACT ung i Norge og av Helsedirektoratet (NKROP og NAPHA, 2021; Helsedirektoratet, 2022). Deres anbefaling er at FACT ung-teamet skal ha barnevernfaglig kompetanse, og at personen med barnevernfaglig kompetanse er ansatt i helsetjenesten. Samarbeidet med barnevernet blir da basert på samtykke fra

ungdommen. Denne modellen sikrer barnevernfaglig system- og fagkompetanse, og dette kan bidra til å redusere utfordringene knyttet til faglige og kulturelle forskjeller mellom helsetjenesten og barnevernet.

Når FACT ung etableres på nye steder, og også på steder som allerede har etablert FACT ung-team, bør ansvarsdelingen opp mot barnevernet avklares. Selv om det er besluttet at barnevernet ikke skal være en del av FACT ung-teamene, er det viktig å ha et samarbeid med barnevernet der det er tydelig definerte roller og ansvarsområder (Helsedirektoratet, 2022). Dette er ifølge en av informantene svært viktig å ha et aktivt forhold til. Vedkommende er av den oppfatning at det ikke er ønskelig at FACT blir en del av barnevernet, nettopp fordi FACT teamets muligheter for å komme i kontakt med og følge opp ungdom da blir påvirket.

6.5 Finansiering og kostnader

FACT ung-team finansieres som et samarbeid mellom kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten/BUP. De første årene kan teamene få støtte gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet.

Kostnadene ved et FACT ung-team vil i hovedsak avhenge av lønnskostnadene til de som er ansatt i teamet – både hvor mange årsverk som er ansatt og hvilken lønn disse har. Det er stor variasjon mellom ungdommene i hvor omfattende oppfølging de har behov for, og behovet for oppfølging vil også kunne variere over tid for den enkelte ungdom. Kostnaden per ungdom avhenger derfor av ungdommenes behov for oppfølging – jo mindre omfattende behov, jo flere ungdom kan teamet følge opp, og jo lavere blir kostnaden per ungdom.

FACT ung-teamene i Norge har eksistert i relativt få år. Basert på intervjuene og tidligere evalueringer, er vårt inntrykk at teamene fortsatt er i en etablerings- og utprøvningsfase der de blant annet fortsatt jobber med å få erfaring med hvilke ungdommer som er egnet for oppfølging fra FACT ung. Dette betyr at det er usikkert i hvilken grad dagens kostnader reflekterer kostnadene ved FACT ung-team når de er «ferdige» etablerte. Teamene vi har sett på i denne evalueringen har færre ansatte (og færre årsverk) enn det som er beskrevet i modellbeskrivelsen, men de følger også opp relativt færre ungdommer. Det gjør at kostnaden per ungdom blir høyere enn i modellbeskrivelsen.

6.5.1 Tilskuddsordning

Nye FACT ung-team kan få støtte til etablering av drift gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning «Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester». Tilskuddet kan benyttes til å dekke lønnsutgifter, opplæring av

teamansatte og forankringsarbeid i lokale tjenester og administrasjon (Helsedirektoratet, 2022). Gjennom ordningen kan teamene få tilskudd i inntil fire år, og det gjøres en gradvis skjønnsbasert nedtrapping av tilskuddet og opptrapping av egenfinansiering.

I år 1 og 2 gir Helsedirektoratet tilskudd på 500 000 kroner per stilling, inkludert midler til opplæring og annen implementeringsstøtte. I år 3 og 4 gis det henholdsvis 300 000 og 200 000 kroner per stilling. I tillegg kan teamene få inntil 600 000 kroner til arbeid med forprosjekt for etablering i år 0. Kommunen og helseforetaket må sørge for at stillingene i FACT ung gradvis innarbeides i deres økonomiplaner, slik at kapasiteten i teamene opprettholdes når tilskuddet opphører.

6.5.2 Kostnader basert på modellbeskrivelsen

I modellbeskrivelsen for FACT ung er det anbefalt at hvert FACT ung-team bør ha følgende bemanning for å følge opp 100 ungdommer (NKROP, 2022):

- Teamleder (1 årsverk)
- Merkantilt ansatt (1 årsverk)
- Barne- og ungdomspsykiater (0,6 årsverk)
- Barne- og ungdomspsykolog (1 årsverk)
- Familierapeut (1 årsverk)
- Brukerspesialist (1 årsverk)
- Arbeids- og utdanningsspesialist (0,6 årsverk)
- Helsefaglig personell (minimum 1 årsverk)
- Sosialfaglig personell (minimum 1 årsverk)

I tillegg anbefaler modellhåndboken at teamet har en russpesialist (0,6 årsverk) og en rehabiliterings-spesialist (0,6 årsverk), enten i tillegg til de ovennevnte stillingene eller som egne stillinger. Samlet sett anbefaler de at teamet har 5 årsverk for helse- og sosialfaglig personell, for eksempel sykepleier, vernepleier, sosionom, spesialpedagog, barneverns-pedagog eller musikkterapeut. Til sammen anbefaler de at teamet har minimum 11,2 årsverk for å følge opp 100 ungdommer.

For å anslå kostnadene ved det anbefalte FACT ung-teamet, har vi hentet lønnsstatistikk for ulike yrkesgrupper fra SSB (tabell 11418). Lønns-kostnadene for de ulike yrkesgruppene er inkludert i Vedlegg C. Basert på disse, finner vi at lønns-kostnadene til det anbefalte FACT ung-teamet er om lag 6,8 millioner kroner. For å ta hensyn til sosiale kostnader som arbeidsgiveravgift, feriepengar, pensjonskostnader, kurs, mobil og datautstyr, legger vi til et påslag på 40 prosent. Dette gir samlede kostnader på 9,5 millioner.

I tillegg til lønnskostnader og sosiale kostnader, må vi også ta høyde for overhead-kostnader. Dette er kostnader knyttet til bruk av fellestjenester eller infrastruktur i kommunen, for eksempel HR, IT og

økonomiavdeling, kontorplass eller kommunens biler. For å ta høyde for disse kostnadene, legger vi til et påslag på 20 prosent. Hvor stort dette påslaget er vil variere mellom ulike FACT ung-team. Inkludert påslaget for overhead-kostnader finner vi at samlet årlig kostnad for det anbefalte FACT ung-teamet i modellbeskrivelsen er 11,4 millioner kroner.

Gitt anslaget på at FACT ung-teamet fra modell-beskrivelsen kan følge opp 100 ungdommer, blir gjennomsnittlig årlig kostnad per ungdom på rundt 114 000 kroner, tilsvarende 9 500 kroner per ungdom i måneden. I realiteten vil det trolig være store forskjeller mellom ungdommene i hvor mye ressurser som brukes på oppfølgingen. Hvilke ungdommer som defineres som del av målgruppen vil ha betydning for hvor mange ungdommer et team kan følge opp. Dette har igjen betydning for gjennomsnittskostnad per ungdom.

6.5.3 Kostnader basert på eksisterende team

Vi har vært i kontakt med to FACT ung-team som begge har rundt fem årsverk. Disse teamene er dermed betydelig mindre enn anbefalingen i modell-beskrivelsen, og ble etablert før modellbeskrivelsen var utarbeidet. Det er noe variasjon mellom teamene i antall ungdommer som følges opp. For å ta hensyn til dette legger inkluderer vi et høyt og lavt anslag på antall ungdom som ble fulgt opp i 2021 i de to teamene vi har sett på. Lavt anslag er 15 ungdommer, mens høyt anslag er 22 ungdommer.

Det ene teamet besto for tiden av to psykologer, en psykiater, en erfaringskonsulent, en klinisk ernæringsfysiolog, en barneverns-pedagog, en sekretær og teamleder. Teammedlemmene har ulike stillingsprosent i FACT ung-teamet, og vi har ikke informasjon om nøyaktig fordeling av årsverkene. Som en forenkling legger vi til grunn at teamleder er ansatt i fulltidsstilling, psykologene i 75 prosent-stilling og øvrige ansatte i 50 prosent-stilling. Lønnskostnadene for de ulike yrkesgruppene er inkludert i Vedlegg C.

Gitt de samme antagelsene som kostnadsberegningen basert på modellbeskrivelsen, finner vi at de årlige lønnskostnadene for FACT ung-teamet er om lag 3,3 millioner kroner. Inkludert påslag for sosiale kostnader og overheadkostnader, blir de samlede årlige kostnadene 5,6 millioner kroner. Med lavt anslag på antall ungdommer som følges opp, blir kostnaden per ungdom 373 000 kroner i året. Et høyt anslag på antall ungdommer som følges opp gir en årlig kostnad per ungdom på 255 000 kroner. Dette gir månedlige kostnader på henholdsvis 31 000 kroner og 21 000 kroner.

6.5.4 Kostnader i det samlede tjenesteapparatet

I en samlet vurderingen av kostnader ved FACT ung-teamene, bør det også vurderes i hvilken grad FACT

ung-teamet tar over tjenester eller avlaster det ordinære tjenesteapparatet. I tillegg bør det vurderes i hvilken grad oppfølgingen fra FACT ung kommer i tillegg til de ordinære tjenestene. Eksempler på tjenester som kan få redusert sin arbeidsmengde som følge av at FACT ung følger opp en ungdom er utekontakt, kommunale helse- og omsorgstjenester, tradisjonell BUP, skole, NAV, PPT og barnevern. Det er ikke gjort effektstudier av FACT ung i Norge som kan si noe om hvordan FACT ung påvirker bruken av øvrige tjenester, og det er derfor ikke mulig å tallfeste disse effektene. Dersom FACT ung-teamet overtar tjenester fra andre aktører, kan det i praksis innebære kostnadsreduksjon i disse tjenestene. I så fall vil kostnadene for det samlede tjenesteapparatet være lavere enn de direkte kostnadene ved FACT ung tilsier. I praksis vil det imidlertid også avhenge av hvordan kostnadsnivået i andre tjenester påvirkes av innføring av FACT ung. Det er ikke nødvendigvis grunn til å anta, eller ønske, at andre tjenester nedskaleres dersom FACT ung overtar deler av tjenestene. Konsekvensene for andre tjenester når FACT ung innføres vil avhenge av lokale avgjørelser for innretningen av det samlede tjenestetilbudet.

I tillegg til at FACT ung kan gi tjenester som tradisjonelt tilbys og ytes fra andre aktører, kan det tenkes at arbeidsformen til FACT ung gjør at noen tjenester unngås. Dersom ungdommen får en mer stabil hverdag som følge av oppfølgingen fra FACT ung, kan dette redusere tjenestebehovet på sikt. Dette vil ha betydning for kostnadene av FACT ung i et samfunnsperspektiv. Helsedirektoratet har uttalt at det er nødvendig med en effektevaluering av FACT ung, og at en slik evaluering vil bidra til å belyse disse spørsmålene (Helsedirektoratet, 2021).

6.6 Erfaringer

En sentral metodikk for å sikre målet om en integrert og langvarig behandling og oppfølging av ungdom med sammensatte behov innenfor FACT-modellen er å gi økt kontinuitet i behandling og oppfølging. Dette er ment å redusere antall innleggelser, øke integreringen og deltakelsen i lokalsamfunnet, samt øke ungdommens livskvalitet og funksjon (NKROP, 2022). Strategien er å samle kompetanse som dekker ungdommens behov på flere områder i livet, men også å koordinere og samordne øvrige tjenester.

Klare ansvarsforhold

I den ferske evalueringen av FACT Ung fra NKROP kommer det frem at aktører som samarbeider med FACT ung-teamene opplever større grad av systematikk i samarbeidet, sammenliknet med erfaringer fra samarbeid med andre tjenester, enten dette var på bydelsnivå, kommunene eller spesialisthelsetjenesten (NKROP, 2022). Flere

samarbeidspartnere i samme studie viste også til at FACT ung-teamenes arbeidsform bidro til klarere ansvarsforhold mellom tjenestene. I vår studie viser en informant fra barnevernet til at når barnevernet har henvist en ungdom til FACT Ung, kan det være utfordrende å vite om det er FACT Ung eller barnevernet som har koordineringsansvaret i saken. FACT Ung tar den rollen barnevernet er vant til å ha i andre saker – barnevernet har normalt koordineringsansvaret når de har bedt om et tiltak. Informanten fortalte videre at de hadde hatt møter med FACT ung-teamet for å avklare koordineringsansvaret, men at det likevel kunne oppstå usikkerhet rundt hvem som hadde ansvar for hva.

Informanten fortalte også at barnevernet har faste rutiner for å evaluere tiltakene de har henvist til, og at det kunne være en utfordring at barnevernets evaluering ikke nødvendigvis skjer på samme tidspunkt som FACT Ung har tenkt at det skal evalueres. Dette kunne skape noen utfordringer og det informanten selv omtalte som «uryddige linjer».

Bedre samarbeid

Flere samarbeidsaktører opplever det som en fordel at FACT ung-teamet har ansatte både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunale tjenester. Dette kommer frem i den ferske rapporten fra NKROP (NKROP, 2022). Det er samtidig ikke slik at FACT ung nødvendigvis vil være organisert slik at de ansatte har deltidsstillinger i andre tjenester. Modellen legger i utgangspunktet opp til at de ansatte har heltidsstillinger i teamet. I en slik organisering, kan kjennskap til øvrige kommunale tjenester sikres ved å ansette personer med erfaring fra disse tjenestene.

I evalueringen fra NKROP blir det også trukket frem at FACT ung-teamets kjennskap til ungdommen bidrar til at samarbeidet mellom ulike aktører fungerer bedre. Dette kan særlig bidra til å gjøre samarbeidet mellom skole og hjem enklere. For skolen kan de også være en brobygger ved å heve kompetansen til de ansatte på skolen når det gjelder ungdommens helseutfordringer. Dette kan gi skolen en mer helhetlig forståelse av ungdommen, og bidra til at de kan jobbe bedre sammen med de foresatte.

I saker der barnevernet er involvert og det har vært langvarige konflikter mellom barnevernet og familien, kan FACT ung-teamene komme inn og bidra til å løse disse (NKROP, 2022). FACT ung-teamet og barnevernet kan da fordele oppgaver og roller mellom seg. FACT ung-teamet kan for eksempel ha hovedansvar for å sikre en god relasjon til ungdommen og familien, mens barnevernet kan ha hovedansvar for formidling av krevende problemstillinger. På denne måten sikrer FACT ung-teamet og barnevernet i fellesskap oppfølgingen av den enkelte ungdom.

Behov for grenseoppgang med NAV

For å legge til rette for at ungdommene som følges opp av FACT ung-team får god oppfølging og hjelp knyttet til utdanning og arbeidsliv, er det nødvendig at det avklares hvilken rolle NAV eventuelt skal ha i oppfølgingen av disse ungdommene. I et av FACT ung-teamene vi snakket med, fortalte de at de selv gjør en del arbeid knyttet til jobbstøtte for de ungdommene der det er aktuelt, heller enn å kontakte NAV.

Helsedirektoratet har påpekt at det er behov for avklaringer knyttet til samarbeid mellom FACT ung og NAV (Helsedirektoratet, 2021). Dette gjelder blant annet for individuell jobbstøtte (IPS), som er et tilbud fra NAV til personer med psykiske utfordringer. Helsedirektoratet har vurdert at dette er en lite egnet metodikk i FACT ung. Bakgrunnen for dette er at det i IPS er lite fokus på utdanning under videregående nivå. I tillegg har NAV en nedre aldersgrense på 16 år, mens FACT ung kan følge opp ungdom fra de er 12 år. Dette innebærer at aldersgruppen mellom 12 og 16 år vil bli ekskludert. Helsedirektoratet mener at Utdanningsdirektoratet bør kobles på i det videre arbeidet med FACT ung i Norge.

Et fast holdepunkt gir trygghet for ungdommen

En ansatt i FACT ung fortalte at deres erfaring var at en viktig styrke med FACT ung er at de gir ungdommen et fast holdepunkt og en trygg voksen. Ungdommens primærkontakt i FACT ung-teamet kan bli en støttespiller for ungdommen som de kan føle seg sett og forstått av. Informanten knyttet dette til at FACT ung-teamet kan følge ungdommen i perioder der det skjer mye og er behov for tett oppfølging, men også i perioder der ungdommen opplever stabilitet.

Det at ungdommen føler seg trygg på en av de ansatte i teamet, kan gjøre det lettere for ungdommen å ta kontakt i perioder der de strever. Dette er viktig for at FACT ung-teamet skal kunne gi den hjelpen ungdommen har behov for. En trygg relasjon mellom ungdommen og en ansatt i teamet er også viktig for at ungdommen skal føle seg komfortabel, fortelle åpent om problemene sine og ønske å ta imot hjelp.

Kontinuitet i oppfølgingen

FACT ung-teamene jobber langsiktig, og metodikken er bygget opp rundt langvarig relasjonell oppfølging. Den unge mister dermed ikke kontakten med teamene selv om vedkommende går over i en stabil og rolig fase. I intervju med en ansatt i et FACT ung-team, kom det frem at informanten opplevde at de i oppfølgingen kan tillate seg å ha god tid. Informanten opplevde at dette i noen grad var i motsetning til det informanten hadde erfart innenfor den polikliniske oppfølgingen. I poliklinisk behandling blir en bruker

fortere koblet ut ved bedring, mens FACT ung-teamene bruker lang tid på å avslutte oppfølgingen.

Unges erfaringer med FACT ung teamene

FACT ung-teamene skal ha ungdommen i fokus, og ungdommens ønsker skal kartlegges og danne grunnlaget for hvordan ungdommen følges opp. (NKROP, 2022). Ungdommene som følges opp opplever å bli hørt, og at ønskene deres blir tatt hensyn til. I den ferske evalueringen av FACT ung teamene kommer det frem at flere ungdommer opplever at de har en nær relasjon og god kontakt med sin kontaktperson i teamet, og at de blir lyttet til og forstått. Noen av de unge som ble intervjuet gir uttrykk for at de unges synspunkter tillegges like mye vekt som de voksnes eller foreldrenes. Mange unge fremhever samtidig at det er bra å ha noen å snakke med om det de er interessert i. I denne sammenhengen trekker noen av informantene i evalueringen til NKROP frem at det er til hjelp å vekselvis kunne snakke om det som er vanskelig og «hva som helst». Det å kunne sitte sammen med hverdagslige ting, som å spille spill, oppgir en av informantene i evalueringen til NKROP å ha vært til hjelp.

I evalueringen fra NKROP har ungdommene trukket frem at de ansatte i FACT ung-teamene oppleves som løsningsorienterte. Teamet hjelper ungdommene med å se at det er flere mulige løsninger på utfordringene deres, og at det finnes løsninger som passer for ungdommen. Et viktig moment i dette er at teammedlemmene er villige til å finne nye løsninger dersom ungdommen opplever at de foreslåtte løsningene på et problem ikke passer for seg. På denne måten blir ungdommens ønsker og behov satt i sentrum for hvilke løsninger de velger å jobbe videre med.

6.7 Virkninger

Slik det til dels kommer frem i foreliggende studier, og til dels i vår studie, kan FACT ung ha effekter langs mange dimensjoner. Vi vil i dette avsnittet kort skissere det vi opplever er de viktigste virkningene, i henholdsvis tjenestene og for brukerne.

6.7.1 Referansealternativet

Virkningene av FACT ung må vurderes opp mot virkninger av det alternative tjenestetilbudet ungdommene antas å ville ha mottatt dersom de ikke hadde vært i tiltaket. Uavhengig av om en ungdom får oppfølging av FACT ung, har tjenestene plikt til å samarbeide i saker der dette er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022).

Flere av ungdommene i målgruppen til FACT ung har trolig rett til individuell plan. En individuell plan skal være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Selv om flere av ungdommene i målgruppen til FACT ung kan ha rett til en individuell plan, er det ikke sikkert alle vil samtykke til at utarbeidelsen av en slik plan. For ungdom som samtykker til at det utarbeides en individuell plan, kan planen bidra til blant annet medvirkning til utforming av tjenester og tiltak, helhetlig tjenestetilbud, styrket relasjon mellom tjenesteyterne, avklaring av forventninger, forenklet kontakt med systemet og langsiktig planlegging (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019).

I hvilken grad ungdommene får mer helhetlig og koordinert hjelp når de følges opp av FACT ung, vil variere mellom ulike saker. Det er derfor utfordrende å si noe generelt om betydningen av at FACT ung er involvert i oppfølgingen av en ungdom, men det er noen kjennetegn ved FACT ung som gjør at de kan tilby en annen type oppfølging og ha en annen tilnærming enn de ordinære tjenestene. For ungdommene i målgruppen kan disse forskjellene være viktige for at de skal klare å nyttiggjøre seg tjenestene.

For ungdom med tiltak fra barnevernet som er bosatt utenfor hjemmet, er det saksbehandler i barnevernet som formelt har ansvaret for å koordinere tjenesten i hjelpeapparatet rundt ungdommen. Dette gjelder også for ungdom som får oppfølging av FACT ung. Samtidig er barneverntjenesten en presset tjeneste med høy arbeidsbelastning (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022). Høy arbeidsbelastning kan gjøre det krevende å til enhver tid følge opp koordineringen med andre tjenester på en tilstrekkelig god måte, og det er trolig enklere for FACT ung-teamene å samordne tjenestene fordi de har flere tjenester internt i teamet. I tillegg virker de også å ha mer kapasitet enn barnevernet til å samordne tjenester utenfor teamet.

FACT ung har også mulighet til å ta en annen rolle i koordineringen av tjenester enn en ansatt i barnevernet nettopp fordi de ikke er part i saken på samme måte som barnevernet. Dersom det er samarbeidsutfordringer i oppfølgingen av en ungdom, kan det være vanskelig for ansatte i barnevernet å ta tak i utfordringene fordi de er part i saken. Det kan derfor være en fordel for koordineringen å få inn en ekstern part som kan jobbe med eventuelle utfordringer og legge til rette for et godt samarbeid mellom tjenestene.

Fordi FACT ung-teamene har psykologfaglig kompetanse, har de mulighet til å tilby psykisk helsehjelp til ungdommene de følger opp. En del av ungdommene som følges opp av FACT ung-teamene

har utfordringer med å nyttiggjøre seg ordinær BUP, og at FACT ung har psykologkompetansen som del av modellen kan derfor i noen tilfeller være avgjørende for å sikre at ungdommen får den helsehjelpen de trenger. Det virker særlig å være en fordel at FACT ung-teamene jobber oppsøkende.

6.7.2 Virkninger i tjenestene

Intensjonen med FACT ung er at det skal skje en koordinering av alle relevante aktører og tjenester rundt ungdommen. Kommunikasjonen skal være preget av åpenhet, og modellen skal bidra til at de ulike tjenestene har god kjennskap til hverandre. Ungdommen skal også vite at tjenestene «snakker» sammen, både internt i teamet og utenfor, slik at det den ene tjenesten foretar seg, er kjent for den andre tjenesten.

Koordinerte og helhetlige tjenester

Våre informanter, både i og utenfor FACT ung-teamene, opplever at FACT ung bidrar til en samhandling mellom tjenestene som er mer effektiv enn den informantene opplever innenfor eksempelvis barne- og ungdomspsykiatrien. Tjenestene oppnår raskere kontakt med hverandre, og de kan derfor også samhandle raskere. Den interne koordineringen av tjenester skjer gjennom den tette kontakten i teamet – «Man kan bare spørre over bordet», som en av informantene innenfor FACT ung sier det. Også for tjenester utenfor FACT ung-teamet er det lettere å samhandle med FACT ung enn med andre ordinære tjenester, fordi teamet er fleksibelt innrettet og prioriterer ungdommene som er inkludert.

Avlaster barnevernet

Ved å koordinere tjenestene både internt fra teamet og tjenestene som gis fra tjenester utenfor teamet, vil FACT ung-teamet også avlaste saksbehandler i barnevernet; saksbehandleren trenger ikke å ta ansvar for koordineringen rundt ungdommen på samme måte. Selv om FACT ung-teamet gir oppfølging til en ungdom med tiltak fra barnevernet, vil det fortsatt være barnevernet som formelt har ansvar for å koordinere det samlede tjenestetilbudet. Saksbehandler i barnevernet må være involvert og samhandle med FACT ung-teamet, og det er usikkert hvorvidt den samlede tidsbruken hos saksbehandler i barnevernet da reduseres. Imidlertid blir barnevernets rolle ulik, og barnevernet har ikke lenger arbeidet med å samordne tjenestetilbudet.

6.7.3 Virkninger for brukerne

FACT ung skal gi integrert og langvarig behandling til ungdom med store og sammensatte behov som ikke får tilstrekkelig tilrettelagt oppfølging og behandling i det ordinære tjenesteapparatet. Teamet skal sørge for at tjenestene som ytes av teamet er helhetlige, og

at de er godt koordinert med tjenester som ytes av aktører utenfor teamet.

Bedre psykisk helse og livskvalitet for ungdommene

Den viktigste virkningen av FACT ung ser ut til å være at ungdommer i målgruppen faktisk får de tjenestene de trenger fra det offentlige hjelpeapparatet. Dette gjelder særlig for tilgang til psykisk helsehjelp. FACT ung gir selvstendige behandlings- og oppfølgings-tilbud, i tillegg til at de koordinerer andre tjenester. Arbeidet i FACT ung gjør at ungdommene får tilgang til psykiske helsetjenester, samt helhetlig og koordinert oppfølging. Mange av ungdommene ville trolig fått tilbud om oppfølging fra ordinær BUP dersom de ikke fikk tilgang til psykiske helsetjenester gjennom FACT ung. Imidlertid kan det også være ungdom i FACT ung som av ulike grunner ikke ville fått tilbud fra ordinær BUP eller som ikke ville klart å nyttiggjøre seg tilbudet. Den selvstendige tjenesteytingen og koordineringen av tjenestene kan dermed bidra til at brukerne oftere får oppfølgingen de trenger, og på den måten de trenger den for å kunne nyttiggjøre seg av den. Dette fremstår som den viktigste effekten for brukerne. Dette henger også sammen med definisjonen av målgruppen, hvor det nettopp skal være et inklusjonskriterium at ungdommene i utgangspunktet ikke får den hjelpen de trenger på grunn av manglende koordinering mellom tjenester.

Videre vil brukerne få bedre hjelp når hjelpen er koordinert og tilpasset ungdommens behov. Det er særlig en fordel at FACT ung er innrettet som en oppsøkende tjeneste. Dette gjør at de kan tilpasse både tid og sted for oppfølging til ungdommens ønsker og behov. Ungdommene i målgruppen for FACT ung klarer ikke nødvendigvis å nyttiggjøre seg tjenester med en mer rigid innretning, fordi de mangler den nødvendige strukturen og stabiliteten i livene sine for å kunne møte opp til bestemte tidspunkter og steder.

Samlet sett gjør denne innretningen og måten å jobbe på at FACT ung kan være med på å gi ungdommene den behandlingen og oppfølgingen de trenger for å få bedre psykisk helse. FACT ung kan i tillegg lære ungdommen verktøy og metoder som gjør dem bedre i stand til å håndtere følelsene sine. Dette kan bidra til stabilitet og en bedre hverdag. Samlet sett kan dette gi ungdommen bedre livskvalitet.

Nærhet til tjenestene og fleksibiliteten i tjenestene gjør det enklere å opprettholde en normal hverdag

Nærhet til tjenestene er også viktig for brukergruppen til FACT ung-teamene. Dette ble i et av våre to case studier nevnt som en viktig styrke for FACT ung kontra BUP, som lå i en helt annen del av fylket enn der FACT ung var lokalisert. Vår informant, en saksbehandler i kommunens barnevern, fortalte at dette ga ungdommen i deres kommune svært lang reisevei til

BUP. Det var derfor en stor fordel at FACT ung kunne gi ungdommen behandling i nærmiljøet. Informanten fortalte at lang reisevei var en utfordring i seg selv, men at det også gjorde at ungdommene kunne miste mye skolegang. Dersom ungdommen hadde time hos BUP midt på dagen, kunne hele skoledagen gå med til reise til og fra. Noen ungdommer får oppfølging fra BUP en til to ganger i uken, og i praksis kan det innebære at de mister to av fem skoledager. Dette begrenser mulighetene deres for progresjon og fullføring av skolen. Ifølge informanten vi intervjuet, kunne FACT ung-teamet ved behov møte ungdommen utenfor vanlig arbeidstid, men at de foretrakk å ikke gjøre det. Både nærheten til tjenestene og fleksibilitet i tjenesteutførelsen har altså stor betydning for disse ungdommenes muligheter for å nyttiggjøre seg tjenestene samtidig som de opprettholder sine daglige aktiviteter.

6.7.4 Virker tiltaket i tråd med målene?

Her vurderer vi hvordan FACT ung synes å virke i forhold til målet om å gi en helhetlig behandling for ungdom med sammensatte behov.

Så langt vår evaluering rekker, synes FACT ung i stor grad å samordne tjenester for ungdom som har behov for sammensatte tjenester i grenselandet mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten, med vekt på psykiske helsetjenester innenfor sistnevnte. Dette støttes av informanter innenfor barnevernet, som gir uttrykk for at FACT ung i deres kommune følger opp ungdommer på en forsvarlig måte. Informanter i barneverntjenesten fortalte at FACT ung også har bidratt til å redusere presset på barnevernet, ved at FACT ung-teamet følger opp ungdom som barnevernet alternativt i større grad hadde tatt den koordinerende rollen for. Således kan en effekt av FACT ung også være at det indirekte bidrar til at de barn og unge som kommer inn under barnevernet får bedre oppfølging, fordi FACT ung avlastar barnevernet. Samtidig synliggjør vår informasjonsinnhenting at dette krever god dialog mellom FACT ung og barnevernet, for å avklare ansvar og roller. Dette innebærer at FACT ung bidrar positivt til at også de mer ordinære hjelpetjenestene for barn og unge i vansker, i større grad kan gjøre en god jobb.

Virkningene av FACT ung må også vurderes i lys av hvilken målgruppe de retter seg mot. FACT ung fremstår som en ressurskrevende tjeneste som forbeholdes ungdom med omfattende og sammensatte behov. Teamene er dermed selektive i hvem de bistår. Det innebærer at det sannsynligvis er flere ungdommer som kunne hatt god nytte av FACT ung, som ikke vil få tilbudet. I den grad det er de som har størst behov for koordinerte tjenester som får oppfølging fra FACT ung, og at inntaket baseres på en vurdering av at disse ikke får tilstrekkelig hjelp i

det ordinære tjenesteapparatet, er modellen godt rigget for å gi disse et langt bedre tilbud.

6.8 Suksesskriterier og utfordringer

6.8.1 Suksesskriterier

For at FACT ung-teamene skal fungere, er det viktig at de lykkes med å bygge gode relasjoner til ungdommen, foreldre og andre tjenester. Gode relasjoner mellom ungdom og den ansatte i FACT ung-teamet har også av ungdom selv blitt trukket frem som viktig for at tjenesten er til hjelp (NKROP, 2022). Det at ungdommen føler at de blir sett og akseptert, bidrar til at de føler at teamet støtter dem og ikke gir dem opp. Gode relasjoner gir grunnlag for å møte ungdommen på deres premisser. Dette gjør at de får mulighet til å snakke om deres interesser og mål med de ansatte i teamet.

En annen suksessfaktor som kommer frem i vår studie er den eksplisitte profesjonelle tverrfagligheten i FACT ung-teamene. Dette bidrar til at problemstillingene de jobber med belyses fra flere faglige ståsteder samtidig. Her skiller FACT modellen seg klart fra hvordan man tradisjonelt jobber innenfor blant annet barnevernet, der profesjonsbakgrunnen er relativt homogen.

En annen suksessfaktor for FACT ung-teamet, er fokus på funksjon og løsninger fremfor symptomer og problemer. I den nylig gjennomførte evalueringen av tre FACT ung-piloter, la ungdommen særlig vekt på at de ansatte er mer personlige, og at de i større grad har en opplevelse av at de faktisk bryr seg om ungdommen.

Den nylig gjennomførte evalueringen av FACT ung viser at de fleste som jobbet i teamene mente at barnevernet ikke bør være en del av teamet, men at de bør være en nær samarbeidspartner (NKROP, 2022). På denne måten kan ungdommene og deres familier ha kontakt med barnevernet uten å frykte barnevernets tiltak. Det kan derfor virke positivt inn på relasjonsbyggingen at barnevernet ikke er med i FACT ung-teamet. Om barnevernet kom med i FACT ung, kunne teamet lett bli sett på som barnevernets forlengede arm.

Det er her et viktig poeng at barnevernet har et annet mandat enn FACT. Barnevernet har en undersøkelsesplikt som FACT ung ikke har. Derimot har FACT en meldeplikt dersom de avdekker tilfeller av omsorgssvikt. Dette hender det også at FACT ung-teamene gjør. Samtidig jobber FACT ung og barnevernet i stor grad opp mot de samme ungdommene. FACT ung-teamene bør derfor ha barnevernfaglig kompetanse, men uten at barnevernet deltar i teamene. Dette er også anbefalt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022).

Helsedirektoratet tar også til orde for en samarbeidsavtale mellom FACT ung og barnevernet: «Det er viktig at det fremgår klart av samarbeidsrutinene som utarbeides at selv om teamet har ansatte med barnevernfaglig kompetanse, er de barneverntjenesten som er ansvarlig for å sette inn tiltak etter barnevernlovens regler, slik at det ikke oppstår faglig uenighet mellom FACT-ung teamet og barneverntjenesten om hvilke tiltak som vil være best for barnet.» Samarbeidsavtaler vil institusjonalisere samarbeidet, samtidig som barnevernet og FACT ung hver for seg beholder og ivaretar sitt mandat.

6.8.2 Utfordringer

FACT ung-teamene kombinerer tjenester med ulike arbeidsmetodikk og ulike kulturer for faglig samhandling. Dette trenger ikke være en utfordring, men det kan være viktig med en tilpasning og aktivt arbeid med samordning. Forskjellene kan både gjøre seg gjeldende de kommunale tjenestene imellom, men kanskje særlig mellom førstelinjetjenestene generelt og spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte jobber mer diagnosebasert enn de relevante kommunale tjenestene ofte gjør. Samtidig jobber ikke spesialisthelsetjenesten vanligvis oppsøkende, slik det ligger inne i FACT ung metodikken. Det bør påpekes at det også de kommunale tjenestene imellom kan være både metodiske og institusjonelle barrierer og utfordringer knyttet til samhandling.

I FACT ung-teamet er det en forutsetning at man mestrer å jobbe tverrfaglig. Det er en forventning om at man daglig skal diskutere med personer med en helt annen fagtradisjon, og personlig egnethet til å jobbe på denne måten blir derfor viktig. Dette kan representere en utfordring med hensyn til rekruttering av fagpersonell inn i teamene.

Lovverket i seg selv kan også bygge opp under de institusjonelle barrierene for samhandling. Dette går blant annet på deling av informasjon om brukere, selv om to etater begge har et mål om å hjelpe vedkommende. Her er samtykkeerklæringer viktige. I forlengelsen av dette er det også en utfordring for samhandlingen at det ikke eksisterer et felles journalsystem for tjenestene i første- og andrelinjen. Barnevernet har dessuten sitt eget journalsystem. Dette representerer en barriere ved informasjonsutveksling og samhandling mellom teamet og samarbeidende instanser.

1. august 2022 ble det vedtatt nye bestemmelser for å styrke oppfølgingen av utsatte barn, og dette kan bidra til å redusere barrierene for samhandling. Bestemmelsene omhandler velferdstjenestenes plikt til å samarbeide uten at samarbeidet er knyttet til en enkelt sak, plikt til å samarbeide i enkeltsaker, samordningsplikt for kommunen, rett til barnekoordinator og individuell plan. De vedtatte

bestemmelsene er så nye at det er for tidlig å si noe om hvilken betydning de vil ha for samarbeid og samordning i praksis.

Teamenes kompetanse er også viktig å være oppmerksom på. Den bør ifølge en av våre informanter både ha en bredde og dybde, og speile både generalist og spesialistkompetansen.

Det er også viktig at FACT ung-teamene jobber med tilknytningen til tjenestene utenfor teamet. Særlig grenseoppgangen mot barnevernet kan være en utfordring. Her er det viktig med koordinering for å sikre informasjonsutveksling og unngå å jobbe på tvers av hverandre ved implementering av faglige tiltak.

Det er mulig å tenke seg at også skolen burde vært tettere på FACT ung-teamene. Ungdommer som følges opp av FACT ung kan ha utfordringer i skolen. Inkludering av spesialpedagogisk kompetanse i teamene kunne, slik vi vurderer det, bidratt til å styrke kommunikasjonen med skolene og synliggjort viktigheten av det skolefaglige. Dette er også i modellbeskrivelsen beskrevet som en mulig kompetanse hos de ansatte i teamet (NKROP, 2022).

En mulig barriere for å lykkes med FACT ung-team kan være lang reisevei til brukerne (NKROP og NAPHA, 2017). Dette finner vi også i vår studie. Samtidig viste en utredning av potensialet for ACT- og FACT-team i Norge at det også i tilfeller med store reiseavstander mellom DPS og brukerne kan være mulig å få til velfungerende team, og at avstandene kan håndteres ved at kommunene utfører flere av tjenestene, mens FACT-teamet har det helhetligere og koordinerende ansvaret.

6.9 Oppsummerende vurdering av FACT ung

I dette kapittelet oppsummerer vi sentrale kjennetegn ved FACT ung-modellen, og drøfter ulike sentrale elementer ved modellen og dens virkemåte.

FACT ung-teamene er tverrfaglige team med bred kompetanse til å følge opp ungdommene

FACT ung-teamene er satt sammen av personer med tilknytning til både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette gjør at teamene kan gi ungdommene tilbud om både helsetjenester og andre tjenester de har behov for, for eksempel knyttet til håndtering av skolehverdag, problemer med familie og venner, rus eller andre ting.

De ulike aktørene i teamene yter ulike tjenester. Ved å jobbe sammen i et team og daglig diskutere ungdommene de følger opp, kan tjenestene koordineres fortløpende. Fordi teamene kan tilby flere tjenester internt, for eksempel knyttet til skole og

utdanning, psykisk helse og bruk av rusmidler, slipper de å gå veien om byråkratiske prosesser, med henvisninger, vente på time og annet som følger i mer hierarkiske og sektorbaserte samarbeidsprosesser. En etablert struktur for samarbeid om den enkelte bruker fører også til bedre samarbeid med tjenestene som er utenfor teamet. Dette gir grunnlag for mer helhetlige tjenester.

Tjenester utenfor teamet kan ved behov kobles på av FACT ung-teamet. De ulike tjenestene rundt ungdommen vil spille ulike roller og ha ulikt ansvar. Ved behov kan teamet bringe sammen de ulike tjenestene og legge samhandlende strategier for å løse ulike utfordringer ungdommen måtte stå i.

Metodikken i FACT ung legger til rette for koordinerte og helhetlige tjenester

Slik vi her har beskrevet FACT ung, fremstår modellen som en eksplisitt samhandlingsmodell. Dette synes å gjennomsyre hele metodikken. Ved at teamet selv kan gi tverrfaglige og samtidige tjenester, skal modellen kunne være mer fleksibel enn de ordinære tjenestene. Utgangspunktet for modellen er å både tilby og koordinere relevante tjenester for ungdom med behov for oppfølging på en eller flere måter.

Det er viktig å avklare roller og ansvar når FACT ung samhandler med aktører utenfor teamet

En viktig forutsetning for FACT ung-teamene er tett samhandling med aktører utenfor teamet. Dette gjelder særlig barnevernet, gitt at mange av ungdommene FACT ung følger opp, også vil ha en relasjon til barneverntjenesten. Dette er tidligere vist i NKROP og NAPHA's utredning om FACT ung i Norge, og bekreftes av vår evaluering (NKROP og NAPHA, 2021). Dette er områder både av faglig praktisk karakter, samt juridisk, hvor det er behov for en tydeliggjøring og synliggjøring av ansvars- og rollefordeling.

FACT ung-teamenes arbeidsform kan bidra til godt samarbeid mellom tjenestene, men i hvilken grad de lykkes med dette kan avhenge av kompetansen de ansatte i teamet har. Eksempelvis kan det i samhandlingen med skolene være en styrke å ha spesialpedagogisk kompetanse i teamene. God samhandling med skolen er for eksempel viktig for at teamet skal få informasjon om hvordan det går med ungdommen på skolen – om ungdommen møter opp på skolen, gjør lekser, møter forberedt og uthvilt. Tilsvarende kan det for noen ungdommer være viktig at FACT ung har et godt samarbeid med PPT. PPT er også en psykisk helsetjeneste, men er i større grad inne i den enkeltes skolehverdag, og med foreldre og andre. I modellbeskrivelsen for FACT ung er det foreslått at spesialpedagogisk kompetanse skal inngå i teamet. Denne evalueringen har vist at kompetansen som er foreslått i modellbeskrivelsen ikke nødvendigvis

stemmer overens med slik modellen er implementert i praksis, og de to FACT ung-teamene vi har studert er betydelig mindre enn teamet som er anbefalt i modellbeskrivelsen. Disse teamene ble etablert før modellbeskrivelsen var utarbeidet, og det kan hende team som etableres fremover i større grad vil ha kompetanse som er i tråd med modellbeskrivelsen.

FACT ung tilbys hovedsakelig til ungdom med psykiske plager og omfattende behov for tjenester

Virkningene av FACT ung må vurderes i lys av hvilken målgruppe de retter seg mot. FACT ung fremstår som en ressurskrevende tjeneste som forbeholdes ungdom med omfattende og sammensatte behov. Det innebærer at det sannsynligvis er flere ungdommer som kunne hatt god nytte av FACT ung, som ikke vil få tilbudet. Inntaket praktiseres litt ulikt lokalt. De to teamene vi har innhentet erfaringer fra i denne utredningen, knytter i stor grad målgruppebeskrivelsene til unge med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Målgruppen speiles i teamenes kompetanse, særlig når det gjelder spesialisthelsetjenesten, som er hentet fra psykiatrien.

I FACT ung-teamene vi har kjennskap til, brukes modellen i liten grad for barn i barnevernet. Helsedirektoratet tydeliggjorde høsten 2021 at barn i barnevernet er en viktig målgruppe for FACT ung-team. Dette kan påvirke hvilke barn som følges opp av FACT ung-team i årene fremover (Helsedirektoratet, 2022). Barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet, som er målgruppen for dette prosjektet, er en gruppe som ofte har sammensatte behov og som ikke får de tjenestene de trenger, og som dermed burde være en målgruppe som prioriteres inn i FACT ung (NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern, 2015; FAFO, 2020). Det er grunn til å kartlegge noe nærmere hvorvidt denne gruppen faktisk ikke prioriteres i FACT ung, eller hvorvidt det lave antallet brukere fra barnevernet er knyttet til at gruppen i praksis er liten. Dersom det er slik at gruppen ikke prioriteres i FACT ung, bør barnevernet og FACT ung teamene vurdere hvorvidt denne gruppen i større grad bør prioriteres. Det er likevel grunn til å tro at det er behov for å få mer erfaring med bruk av FACT ung for denne målgruppen, som grunnlag for å utvikle klare rutiner for samhandling også mellom FACT ung og barnevernet.

FACT ung har tid til å bygge tillit hos ungdommene de jobber med

FACT ung har i mange tilfeller mer tid til oppfølging enn det de ordinære tjenestene har. Dette gjør at de ansatte i teamet har mulighet til å bygge en relasjon til ungdommen. Ungdommene får mulighet til å erfare over tid at de ansatte i teamet vil deres beste, hvilket gjør det enklere for teamet å forstå hva ungdommen

har behov for og hvordan de best mulig kan hjelpe ungdommen.

I FACT ung-metodikken ligger også en mulighet til å matche ungdommene med en i teamet som de passer sammen med. Dette kan gjøre det enklere for ungdommene å få tillit til den som har hovedansvaret for oppfølgingen, og legge grunnlaget for et godt samarbeid med ungdommen.

Fleksible og oppsøkende tjenester gjør det mulig for ungdommene å nyttiggjøre seg tjenestene

Det er avgjørende at FACT ung-metodikken også er brukerfokustert, fleksibel og basert på tilgjengelighet. FACT ung-teamene jobber oppsøkende, som gjør at de kan tilpasse sin oppfølging til arenaer og tidspunkter ungdommen er mest fortrolig med. Her bygger modellen på ACT modellen, hvor tjenesteoppfølgingen er fleksibel i betydning av at oppfølgingen kan tilpasses ungdommens behov. Denne fleksibiliteten i tilbudet har trolig stor betydning for ungdommenes forutsetninger for å ta i bruk og nyttiggjøre seg tjenestene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016; Statens helsetilsyn, 2019). Innretningen innebærer også at oppfølgingen ikke avsluttes i perioder med stabilitet, og ungdommen har dermed kort vei tilbake til tjenesten dersom behovet skulle oppstå igjen.

FACT ung bidrar til at ungdommene får tilgang til tjenestene de har behov for

Vi vurderer at FACT ung-modellens viktigste virkning, sammenlignet med ordinær oppfølging, er at ungdommene får tilgang til tjenester de har behov for, som de ellers ikke ville fått på samme måte. Dette gjelder særlig psykisk helsehjelp, men det gjelder også andre tjenester. Fleksibiliteten og nærheten i tjenestetilbudet gjør også at ungdommene har større forutsetninger for å nyttiggjøre seg tjenestene som gis. Samordningen og fleksibiliteten i tilbudet gir ungdommene langt bedre forutsetninger for å nyttiggjøre seg de ulike tjenestene parallelt, for eksempel både psykisk helsehjelp, skole, barneverntjenester og NAV. Alle disse tjenestene støtter sammen opp under målet om å gi ungdommene bedre forutsetninger for å mestre egen hverdag, som legger grunnlag for at de skal klare seg godt også senere i livet.

De ansatte i FACT ung må beherske samarbeid med personer med ulik fagbakgrunn og arbeidskultur

For de ansatte i FACT ung-teamene innebærer arbeidshverdagen daglig samarbeid på tvers av fagbakgrunn og profesjoner, og det stiller krav til at de ansatte mestrer en slik arbeidsform. Kompetansen i teamet bør også både være bred nok til å dekke ungdommenes behov på mange områder, og spesialisert nok til at teammedlemmene kan gi god og tilpasset oppfølging og hjelp.

7. Fem øvrige samordningsmodeller

I den innledende kartleggingen identifiserte vi åtte modeller for samordning som kunne ha relevans for oppdraget. Fem av disse modellene ble vurdert som mindre relevante etter den innledende kartleggingen. I dette kapittelet oppsummerer vi sentrale elementer ved modellene fra den innledende kartleggingen, samt vår vurdering av modellenes relevans for samordning av tjenester på individnivå for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet.

I dette kapittelet presenteres funn fra kartleggingsfasen for de fem modellene som etter den innledende kartleggingen er vurdert som mindre relevant for prosjektets hensikt og målgruppe.

For hver modell har vi kartlagt eksisterende kunnskap om følgende momenter:

- Overordnet om tiltaket (herunder type tiltak, administrativ tilhørighet og utbredelse)
- Mål og målgruppe
- Intern organisering og arbeidsmåte
- Samarbeidspartnere
- Faglig og teoretisk grunnlag
- Virkninger av tiltaket og suksesskriterier
- Finansiering og kostnader

Det varierer hvor mye modellene er brukt og hvor mye dokumentasjon som finnes for de ulike modellene. For noen av modellene har det kun vært mulig å finne informasjon på enkelte av disse momentene, mens det for andre modeller finnes mer dokumentasjon som, delvis, belyser alle momentene. I den innledende teksten om hver modell oppsummerer vi også kunnskapsgrunnlaget som er benyttet i kartleggingen av modellen.

7.1 Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)

7.1.1 Overordnet om modellen

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er en samhandlingsmodell som de eksisterende tjenestene kan ta i bruk for å samarbeide bedre om utsatte barn og unge, gravide og familier. BTI innebærer at det opprettes en stafettlogg for det enkelte barn, som dokumenterer innsatsen fra ulike tjenester og som skal bidra til informasjonsflyt mellom tjenester. Modellen omtales som et verktøy og en plattform for å iverksette og arbeide med samordning på individnivå.

BTI har administrativ tilhørighet i oppvekstområdet i de ulike kommunene som tar det i bruk. Modellen skal primært bedre samordningen av kommunale tjenester.

BTI er implementert i minst 54 norske kommuner, og det finnes derfor flere rapporter som dokumenterer ulike aspekter ved bruken av tiltaket. Informasjon om BTI som gjengis her er basert på følgende kilder:

- Helgesen (2013, 2015, 2018, 2019): Bidragene oppsummerer to omganger med følgeevaluering av BTI i de første åtte kommunene som innførte BTI i Norge, herunder spørreundersøkelser som ble sendt til alle medarbeidere og ledere i relevante kommunale tjenesteenheter, og ble gjennom i tre runder; 2012, 2015 og 2018.
- KORUS (2022): Rapport om opplevd kompetanse om identifisering av sårbare barn og unge og erfaringer med samarbeid mellom tjenester, i kommuner som bruker BTI eller tilsvarende samhandlingsmodeller. Rapporten er basert på spørreundersøkelser til 73 kommuner som har innført BTI eller andre tilsvarende samhandlingsmodeller gjennom tilskuddsordninger fra Bufdir eller Helsedirektoratet. Undersøkelsene er gjennomført i perioden 2015–2021 og besvart av 26 000 respondenter. Respondentene er ansatt i barnehager og skoler, barnevern og PPT og en rekke tjenester for foreldre/foresatte som NAV, fastleger mm.
- Larvik kommune (2019): Rapport om BTI i Larvik kommune. Rapporten beskriver eksisterende praksis, rutiner og kunnskap om samhandling rundt utsatte barn og unge i kommunen.
- PWC (2022): Følgeevaluering av BTI i 13 kommuner i Agder. Evalueringen har kartlagt erfaringer med implementering og samhandling blant prosjektlederne og ansatte, samt brukere og ansattes erfaringer i åtte enkeltsaker. Evalueringen belyser i hovedsak utfordringer og suksesskriterier ved implementering av BTI, men også suksesskriterier for samhandling.

Av rapportene nevnt over er det kun Helgesen (2019) som direkte vurderer hvordan BTI virker på samordningen for brukere. De andre rapportene belyser hvordan BTI brukes lokalt og behovene for samhandling. Alle rapportene fokuserer på utfordringer knyttet til å ta modellen i bruk i tjenestene, og hva som skal til for at modellen skal tas i bruk.

I tillegg til rapportene nevnt over har vi hentet informasjon om BTI fra hjemmesidene til Oslo kommune (Oslo kommune, 2022) og forebygging.no, og vi har gjennomført intervjuer med BTI-prosjektledere i tre

kommuner. Hensikten med intervjuene har primært vært å belyse i hvilken grad BTI kan være relevant for denne kartleggingens målgruppe, men intervjuene dekket også andre temaer, som arbeidsmåte i praksis og hvordan samordningen fungerer.

Tabell 7-1: Fakta om BTI

Administrativ tilhørighet	Oppvekstområdet i kommunen, for eksempel Oslo
Etableringsår	2012
Type tiltak	System for informasjonsdeling om hvert enkelt barn/ungdom
Implementert flere steder	Ja, minst 54 kommuner

7.1.2 Mål og målgruppe

Målene med BTI er tidlig identifisering og intervensjon, bedre samordning av kommunalt (og statlig) tjenestetilbud og medvirkning. Hensikten er å gjøre det offentlige tjenestetilbudet mer effektivt for utsatte barn og unge ved å tilrettelegge for tverretattlig samarbeid og samordning (BTI-kommuner og KORUS i Norge, 2022).

Målgruppa er barn og unge, gravide eller familier det knyttes bekymring til. Bekymringen meldes av den ansatte som blir bekymret, og i første steg meldes bekymringen innad i den tjenesten bekymringen oppstår. Fordi tiltaket er innrettet mot tidlig innsats, vil målgruppen omhandle flere enn barn som har behov for tjenester fra barnevernet, og primært tidligere i forløpet, før barna eventuelt plasseres utenfor hjemmet.

I enkelte intervjuer med ansatte i kommuner som bruker BTI, har vi drøftet i hvilken grad BTI også kan være et relevant samordningstiltak for barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet. Både prosjektleder for BTI i Stord kommune og prosjektleder for BTI i Arendal kommune var av den oppfatning at det ikke er mange barn med omsorgsvedtak som bruker stafettlogg. Prosjektleder i Stord kommune begrunnet dette med at stafettlogg har en kortvarig karakter. Hun mente likevel at det kunne tenkes mulig å bruke stafettlogg for disse barna. På Stord bruker de for eksempel stafettlogg for barn med omsorgsvedtak som er blitt flyttet til kommunen. Hun trakk frem at en fordel med stafettlogg, er at man kan redigere hvilke tjenester som har tilgang til hvilke deler, og at verktøyet i så måte også kan være nyttig for barn med tiltak fra barnevernet. Videre har barnet og omsorgspersoner rett på innsyn i stafettloggen, og den er arkivpliktig, som innebærer at brukeren også i ettertid kan undersøke hvilke tiltak som ble iverksatt og hvem som var ansvarlig. Prosjektleder for BTI i Arendal kommune

uttrykte at det er lite trolig at BTI treffer barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet, fordi barnevernet i kommunen har sine egne rutiner for tverrfaglig samarbeid.

7.1.3 Intern organisering og arbeidsmåte

BTI består av en handlingsveileder og en stafettlogg. Handlingsveilederen er et dokument som gir veiledning til ansatte i arbeidet med barn og unge, og særlig samordningsarbeidet mellom tjenester. Stafettloggen er et annet dokument, som opprettes for det enkelte barn, hvor alle innsatser og beslutninger knyttet til saken oppføres. I tillegg skal det utpekes en stafettholder, som har koordineringsansvar for å følge opp brukeren.

BTI beskriver fire nivåer av innsats (Figur 7-1). Først skal det avklares om det er grunn til bekymring (nivå 0), før man følger opp innenfor den tjenesten der bekymringen først oppstod (nivå 1). Dersom innsatsen innenfor den tjenesten ikke er tilstrekkelig, skal man involvere en annen tjeneste (nivå 2). For eksempel kan skolen ta kontakt med PPT eller barnevernet. På modellens siste nivå er det tre eller flere tjenester som samarbeider om å hjelpe den det er bekymring for (nivå 3).

Utover dette rammeverket er det opp til kommunene å tilpasse modellen og arbeidsmåten. Dette innebærer blant annet å finne eller utvikle et verktøy som kan brukes til å føre stafettloggen, løse utfordringer med taushetsplikt, etablere rutiner for bekymringsmeldinger og videre konkretisere hvordan samordningen skal løses i praksis. Kommunene har løst dette på ulike måter, som trolig tar utgangspunkt i de eksisterende strukturene for samhandling mellom tjenester i den enkelte kommune.

Et eksempel på hvordan BTI-modellen kan tilpasses er i Arendal kommune, der de begynte implementeringen av BTI sommeren 2018. De har valgt å prioritere tverrfaglige samarbeidsmøter fremfor stafettloggen. I Arendal begynner nivå 2 med et tverrfaglig møte, der den tjenesten bekymringen først oppstod i involverer en annen tjeneste. Kommunen har utarbeidet en referatmal for tverrfaglige møter, som dekker hvem som er til stede, hva bekymringen gjelder og hva som trengs å gjøres fra de ulike tjenestene. Kommunen har også utarbeidet et felles samtykkeskjema, slik at det kan innhentes samtykke for å dele informasjon om det enkelte barn på tvers av tjenester. Dersom det er behov for å involvere flere tjenester og jobbe videre med BTI i nivå 3, kan både familier selv, og tjenesteytere i samråd med familier, ta kontakt med BTI-teamene i kommunen. Hvert team har en teamleder, som forbereder og leder de tverrfaglige møtene. Det er foretrukket at møtene inkluderer de personene som jobber med barnets sak i de ulike tjenestene, men hvert BTI-team har også ressurs-

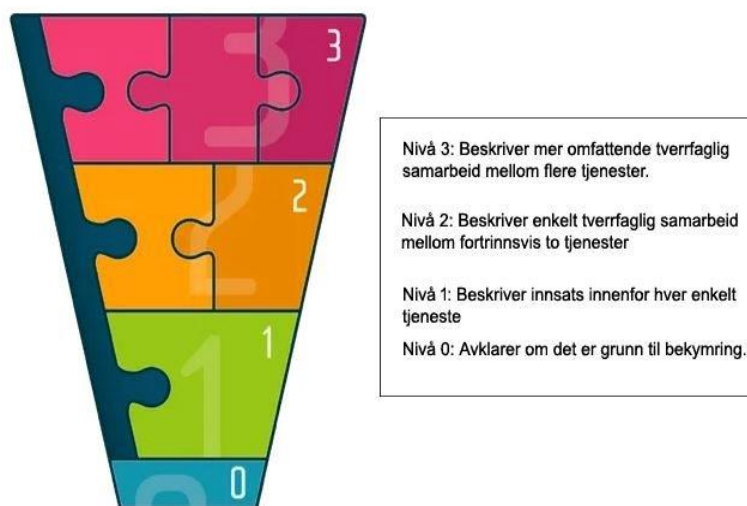
personer fra ulike tjenester som kan representere tjenesten i møtet. Dersom for eksempel NAV er involvert, er det foretrukket at NAV-saksbehandleren stiller, men om det ikke er mulig eller hensiktsmessig, så kan BTI-teamets ressursperson fra NAV representere etaten.

Arendal kommune har valgt å ikke ta i bruk et digitalt verktøy for stafettlogg, fordi de er skeptiske til å innføre et digitalt verktøy som ikke fungerer. En ansatt som jobber med BTI i Arendal kommune uttrykte det som at de ikke ønsker at nye digitale verktøy med «barnesykdommer» tar tid og krefter vekk fra det tverrfaglige samarbeidet.

Det er ikke definert i modellen hvem som skal ha rollen som stafettholder. I enkelte kommuner faller ansvaret

på den tjenesten som først meldte inn bekymringen, men det avhenger av at de kjenner til hvordan de skal bruke stafettloggen. En spørreundersøkelse tyder på at ansvaret ofte faller på helsesykepleier (Helgesen, 2018). Følgeevalueringen fra PwC (2022) viser også at ansatte vegrer seg for å påta seg denne rollen, som delvis forklares av at rollens omfang og ansvar er lite tydelig. Ansatte er også usikre på hva som er forskjellen mellom stafettholder og koordinator, hvor sistnevnte er en rettighet i helselovgivningen for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Enkelte kommuner i Agder har jobbet med å definere disse rollene, og har beskrevet at stafettholderen skal ha ansvar for koordineringen til og med nivå 2, mens det på nivå 3 omtales som koordinator, uavhengig av om barnet har rett til det etter helselovgivningen.

Figur 7-1: BTIs fire nivåer av innsats



Illustrasjon: BTI-kommuner og KORUS i Norge (2022)

7.1.4 Samarbeidspartnere

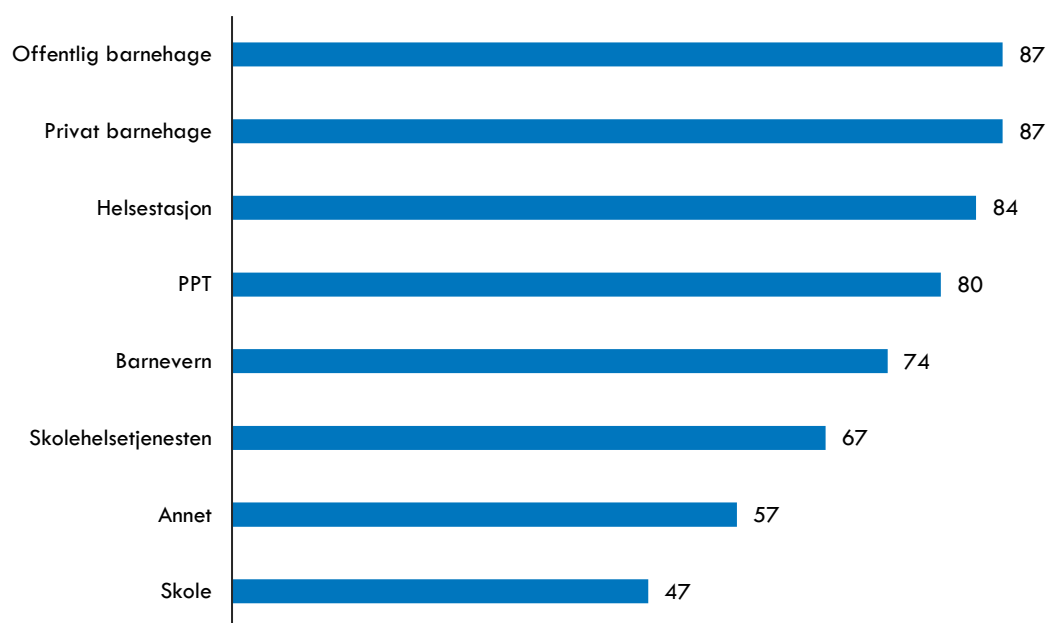
BTI brukes til å samordne skole, barnehage, helsestasjon, barnevern og BUP ved at alle tjenestene fører opp innsatser og beslutninger om den enkelte bruker i en stafettlogg som alle de involverte tjenestene har tilgang på.

En spørreundersøkelse fra 2018 til åtte BTI-kommuner gir en indikasjon på hvilke tjenester som arbeider med BTI (Figur 7-2). Blant respondentene, er det høyest andel av de ansatte i barnehage som arbeider med BTI. Ansatte i skolen har lavest andel. Fordelt på stillinger er det høyest andel blant helsesykepleiere

som svarer at deres tjeneste arbeider med BTI, der 87 prosent svarer ja, mens kun 43 prosent av kontaktlærere svarer det samme.

Modellen implementeres på kommunenivå, og involverer dermed i utgangspunktet ikke spesialisthelsetjenesten. Følgeevalueringen av BTI i Agder viser imidlertid at samarbeid med spesialisthelsetjenesten også er avgjørende for lykkes godt med samordning i mange av BTI-sakene. Det fremgår ikke av følgeevalueringen hvorfor samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er avgjørende.

Figur 7-2: Andel som svarer ja på spørsmålet om deres tjeneste arbeider med BTI etter tjeneste de arbeider i.



Kilde: NIBR (2018)

7.1.5 Faglig og teoretisk grunnlag

BTI er en tilpasning av den danske modellen Bedre Tverrfaglig Innsats. Bedre Tverrfaglig Innsats er en samarbeidsmodell som ble utviklet i 2006 av Servicestyrelsen, Socialt Udviklingscenter SUS og Muusmann Research & Consulting A/S for å støtte tverrfaglig innsats for barn av foreldre med psykiske lidelser eller misbruksproblematikk. (Servicestyrelsen, 2008) Modellen ble videreutviklet ved at ansatte fra kommuner og regioner i Danmark samarbeidet i grupper om å identifisere samarbeidsproblemer og mulige løsninger. I Norge skal modellen bedre kommunenes arbeid med å fange opp, utrede og følge opp enkeltbarn.

7.1.6 Virkninger og suksesskriterier

En artikkel av Helgesen (2019) belyser om BTI vil kunne forenkle beslutninger om, og tjenesteytingen i gjennomføringen av, tidlig innsats overfor barn og unge. Artikkelen er basert på funnene fra tre spørreundersøkelser til alle aktuelle medarbeidere og ledere i de åtte kommunene som i samarbeid med Helsedirektoratet først implementerte BTI i Norge, samt intervjuer med de åtte prosjektlederne eller ansvarshavende for BTI i kommunene. Helgesen konkluderer med at BTI ikke løser samordningsproblemer av seg selv, men at modellen krever et tydelig system for tverrsektorielt og -profesjonelt samarbeid på kommunalt nivå som den kan iverksettes innenfor. BTI vurderes dermed kun som et verktøy for samordning, der det allerede eksisterer systemer for samordning. Funn fra spørreundersøkelsene kan også tyde på at innføringen av BTI til dels har svekket

samordningen mellom tjenester, i stedet for å bedre den. Medarbeiderne som svarte på undersøkelsene, hadde dårligere kunnskap om tverrsektorielt samarbeid ved slutten av BTI-iverksettingen enn de hadde før arbeidet med BTI startet. Artikkelforfatteren mener at det kan henge sammen med at i denne perioden ble kommunenes systemer for tverrsektorielt samarbeid bygget ned. I intervjuene kom det frem at det tverrsektorielle arbeidet hadde ligget «nede» mens arbeidet med handlingsveileder og stafettlogg pågikk.

En undersøkelse fra 73 BTI-kommuner fant at samarbeid mellom tjenester fungerer bedre jo nærmere faglig og organisatorisk tjenestene er hverandre. For eksempel rapporterer skole og barnehage om et godt samarbeid med PPT og vice versa, mens kvaliteten på samarbeidet med helsestasjon og barneverntjeneste rapporteres å være dårligere. Undersøkelsen fant likevel at samarbeidet i overgangene mellom skole og barnehage og mellom barne- og ungdomsskole fungerer dårlig, selv om disse kan antas å ligne hverandre faglig og organisatorisk (KORUS, 2022).

NIBR gjennomførte i 2018 en spørreundersøkelse til Helsedirektoratets samarbeidskommuner om bruken av BTI. De fant at BTI og stafettloggen var kjent blant de ansatte i kommunene, men at det var et begrenset antall ansatte som hadde erfaring med den. Blant ulike tjenester ble det relativt sett arbeidet minst med BTI på skoler og av lærere, og de uttrykte mye misnøye med modellen. Det ble arbeidet mest med BTI på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Kun 42 prosent av medarbeidere i de aktuelle kommunale

tjenesteenhetene hadde positive erfaringer med BTI. I kommentarer ble det vist til at loggen ikke nødvendigvis økte effektiviteten da beslutninger må fattes flere steder, både i BTI-forumet og aktuell tjenesteenhet. Dette innebærer at jo flere enheter som var inne i bildet, desto mer uklart ble det om det kan fattes bindende beslutninger. Dette kunne føre til at samarbeidet stoppet opp (Helgesen, 2018).

Følgeevalueringen av BTI Agder fant at stafettlogg kan være et godt verktøy for å sikre informasjonsdeling og koordinering mellom tjenester, men det forutsetter at tjenestene bruker loggen. Følgeevalueringen trekker frem følgende suksesskriterier for implementering av BTI: rolleavklaring i starten inkludert hvem som har ansvar for stafettloggen, ansatte bør ikke ha overlappende ansvarsområder og ansatte bør ikke være en del av de tverrfaglige samarbeidsmøtene dersom de ikke har en aktiv rolle. (PwC, 2022)

Både Helgesen (2019) og PwC (2022) trekker frem manglende lederforankring som en medvirkende årsak til at modellen ikke brukes slik den er tiltenkt i mange tjenester og kommuner.

Larvik kommune gjennomførte i 2019 en kartlegging av BTI og hvordan den tverrfaglige samhandlingen fungerer. De fant at etter at BTI ble innført, begrunnes manglende samarbeid og deling av informasjon med taushetsplikt. Rapporten konkluderer med at samhandlingen kan forbedres ved bruk av en tverrfaglig samtykkeerklæring. (Larvik kommune, 2019)

7.1.7 Finansiering og kostnader

Vi har ikke funnet dokumentasjon på de samlede kostnadene av å innføre og bruke BTI. Basert på foreliggende rapporter som beskriver implementeringen av BTI, antar vi at kostnadene primært inkluderer tidsbruk til å gjennomføre og koordinere stafettloggen i de involverte tjenester, samt eventuelle kostnader til innkjøp av fagsystemer for digital stafettlogg for de som benytter det. I tillegg har mange kommuner prosjektstillinger som følger opp arbeidet i implementeringsperioden og ansatte i tjenestene må bruke tid på å lære modellen. Når modellen er implementert og tatt i bruk i tjenestene kan den i prinsippet tenkes å fungere uten slike prosjektlederstillinger. Kostnadene vil da primært avhenge av tidsbruken til å bruke modellen i tjenestene, som trolig varierer i stor grad avhengig av bruken. Generelt er det grunn til å tro at modellen fungerer bedre, desto mer tid tjenestene bruker på å følge den opp.

I Arendal finansierer kommunen én fulltids prosjektlederstilling til BTI. I tillegg er det etablert fire 40 prosent-stillinger som BTI-teamledere, som

finansieres gjennom de ordinære budsjettene til tjenesten teamlederen er hentet fra. Ressurspersonene i BTI-teamene er ansatt i sine respektive tjenester. Dersom de ikke bruker den tilmålte tiden til BTI, bruker de tiden sin på andre arbeidsoppgaver. Arendal kommune har ikke investert i digitale verktøy for å ta i bruk modellen.

Stord kommune har tidligere fått prosjektmidler fra Helsedirektoratet og Bufdir. Nå finansieres én prosjektlederstilling og lisens til det digitale stafettlogg-verktøyet over kommunebudsjettet.

7.1.8 Vurdering av relevans for prosjektet

BTI er et system for informasjonsdeling om enkeltbrukere, som har koordinering som sitt primære formål. Modellen skiller seg fra Stillasbyggerne, DUE og FACT Ung ved at den ikke innebærer egne ansatte og derfor kan tenkes å være mindre ressurskrevende enn disse. Samtidig viser tidligere erfaringer med modellen at det er utfordrende å få den implementert på en god måte i tjenestene, og at den ikke nødvendigvis gir bedre samordning i seg selv. Erfaringene tyder på at modellen krever et tydelig system for samhandling fra før av, for å fungere etter hensikten. Videre er modellen primært et verktøy for tidlig innsats, og det fremstår derfor som lite aktuelt for målgruppen for denne evalueringen. Da modellen også er evaluert tidligere, uten å kunne vise til positive virkninger på samordning av tjenester (se blant annet Helgesen 2013, 2015, 2018), vurderer vi at den ikke bør tas med videre til evalueringsfasen.

7.2 Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna

7.2.1 Overordnet om modellen

Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna (Helse Fonna-modellen) er et tverrfaglig samarbeid om syv samhandlingsforløp for de vanligste psykiske helseplagene hos barn og unge. Modellen består av etablerte rolle- og rutinebeskrivelser, som gir en oversikt over de ulike tjenestenes rolle og ansvarsområde for hver av de syv psykiske helseplagene.

Samordningen skal bedres både ved det tverrsektorielle samarbeidet om å utvikle og implementere verktøyet, samt ved informasjonsdelingen om roller og rutiner. Modellen er dermed innrettet for å bedre samordningen på systemnivå, ikke på brukernivå. Modellen innebærer ikke noen konkret koordinatorrolle, utover beskrivelser av ansvar for koordinering i de enkelte forløpene.

Hensikten er å sikre bedre samhandling, og dermed hjelpe fagfolk å gi barn og unge et sammenhengende hjelpetilbud. Verktøyet beskrives som en kombinasjon av samhandlingsmodeller i kommunene (som for

eksempel BTI) og pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten (Øhlckers, 2021). Prosjektlederen i Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna uttrykker at verktøyet utfyller BTI med mer informasjon om handlingsforløpet ved psykiske helseplager.

Prosjektet er startet i Helse Fonna og videreutviklet av lokale samhandlingsprosjekter i Helse Vest.

Informasjonen om modellen er basert på følgende skriftlige kilder:

- Helse Fonna (2022): Detaljert beskrivelse av prosjektet Barn og unges helsetjeneste. Informasjon om bakgrunnen for satsingen, hva prosjektet innebærer, om samhandlingsforløpene og hvordan de er utarbeidet, samt eierskap, forvaltning og bruk av det faglige innholdet.
- Tømmerbakke (2021): Artikkel i tidsskriftet Dagens Medisin om erfaringer og resultater av Helse Fonna-modellen, basert på intervju med prosjektleder i Helse Fonna.
- Øhlckers (2021): Power Point-presentasjon om barn og unges helsetjeneste av prosjektleder i Stavanger.

I tillegg har vi hentet informasjon om modellen fra nettsidene til Helse Fonna (Helse Fonna, 2021 og 2022). Vi har også gjennomført tre intervjuer med ansatte i tjenester som benytter modellen. Hovedformålet med disse intervjuene har vært å avklare hvorvidt modellen er relevant for dette oppdragets målgruppe.

Tabell 7-2: Fakta om Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna

Lokasjon	Helse Fonna og flere lokale samhandlingsprosjekt i Helse Vest
Etableringsår	2016
Type tiltak	Informasjonstiltak, rolle- og rutinebeskrivelser
Antall barn/unge som er fulgt opp	Ukjent hvor mange som treffes av tiltaket
Implementert flere steder	Ja, flere helseforetak under Helse Vest

7.2.2 Mål og målgruppe

Det overordnede målet er å sikre at barn og ungdom skal få rett hjelp hos riktig tjeneste, og at tiltakene fra de ulike tjenestene henger sammen. Lokalt i Helse Fonna er det også et konkret mål om lavere avslagsprosent i spesialisthelsetjenesten, ved at barn og unge får hjelp på riktig nivå.

Målgruppa er barn og unge med psykiske lidelser. I kartleggingsfasen av prosjektet ble barn med tiltak

fra barnevernet fremhevet som en gruppe med særlige behov for bistand fra flere tjenester, som risikerer å ikke få nødvendig hjelp fordi behovene deres krever samordning mellom de ulike tjenestene. Et av samhandlingsforløpene som ble utviklet omhandler barn som er utsatt for vold og omsorgssvikt.

Det er ikke sammenstilt tall over hvor mange barn eller hvilke barn som omfattes av Helse Fonna-modellen. Dette henger trolig sammen med at modellen primært retter seg mot samordning på systemnivå, og det finnes derfor ingen oversikt over hvorvidt den brukes i enkeltsaker.

På spørsmål om modellens relevans for barn med tiltak i barnevernet beskriver imidlertid en av våre informanter Helse Fonna-modellen som mer generell, og påpekte at barnevernsbarn kun er eksplisitt berørt av forløpet om vold og omsorgssvikt. En annen informant mener at modellen i prinsippet er relevant for barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet, fordi det er et system som omhandler alle barn og unge med psykiske helseplager, herunder de som er under barnevernets omsorg.

7.2.3 Intern organisering og arbeidsmåte

Dokumentasjonen for de syv samhandlingsforløpene, for de vanligste psykiske helseplagene for barn og unge, gir en oversikt over de ulike tiltakenes rolle og ansvarsområde. Dokumentasjonen ligger tilgjengelig for alle på helseforetakenes nettsider. En informant omtaler forløpene som et verktøy for å konkretisere en bekymring for et barn eller ungdom, og at de gir svar på hva fagpersoner bør kartlegge dersom de for eksempel er bekymret for at et barn opplever omsorgssvikt.

Det som i størst grad bidrar til bedre samordning i denne modellen, synes å være det tverrfaglige arbeidet med å lage forløpene og utarbeidelsen av felles beskrivelse av roller og ansvarsområder, heller enn den påfølgende bruken av dokumentasjonen i hver enkelt sak i ettertid. Dette fremkommer i intervjuer med våre informanter som har implementert eller er i ferd med å implementere Helse Fonna-modellen. Helseforetakene som tar Helse Fonna-modellen i bruk har egne prosjektledere med ansvar for implementering. Forløpene er utarbeidet i tverrfaglige grupper med barnevern, fastlege, BUP, PPT og kommunale helsetjenester samt brukere og pårørende. I Helse Fonna jobbes det spesifikt med implementering i barnevernstjenestene lokalt, og ved at det arrangeres egne barnevernslederforum.

For at samhandlingsforløpet skal tas i bruk på tvers av kommuner og BUP, er det i Helse Vest implementeringsprosjekt i de fire forskjellige helseforetakene og en regional prosjektgruppe (Øhlckers, 2021). I Stavanger innebærer samhandlingsprosjektet

at fagpersoner fra kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og fastleger deltar i arbeidsgrupper, på møter, samhandlingsdager og høringer. Slike samarbeidsarenaer brukes til å revidere forløpstekstene og utvikle egne implementeringsprodukter. Prosjektet er forankret i toppledelse i både kommuner og helseforetak gjennom Samhandlingsutvalget¹⁷ og Strategisk samarbeidsutvalg¹⁸. Videre involverer prosjektet brukere ved at brukerorganisasjoner, ungdom eller foreldre er representert på alle arrangementer og i alle grupper. (Øhlckers, 2021) En informant forklarte at samhandlingsdagene også brukes til å simulere samhandling ved at fagpersoner sitter sammen på tvers av tjenester og går gjennom konkrete caser i et videobasert spill.

Hensikten med å involvere de ulike partene er å skape en «vi»-kultur og forankre verktøyet gjennom eierskap til prosjektet. Prosjektet tar sikte på å danne et felles støttelag for barn og unge der likeverdige partnere snakker felles språk og har kjennskap til hverandres tjenester. Eierskap sikres ved at det er tjenestene selv som beskriver sin faglige virksomhet. (Øhlckers, 2021)

7.2.4 Samarbeidspartnere

Helse Fonna-modellen skal bedre samordningen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. En informant beskriver at det er to hovedaktører: sykehuset og kommunen. Samarbeidet på brukernivå foregår som en del av den vanlige kliniske virksomheten. BUP-ene samarbeider med institusjonen eller fosterforeldre.

7.2.5 Faglig og teoretisk grunnlag

Helse Fonna-modellen er utviklet lokalt i Helse Fonna. Av dokumentasjonen vi har funnet kan vi ikke se at den bygger på noe definert faglig kunnskapsgrunnlag fra andre steder. Bakgrunnen for modellen var lokale erfaringer med manglende oversikt og kunnskap om det samlede tjenestetilbudet blant ansatte i det psykiske helsearbeidet. Formålet har vært å tilby barn og unge bedre helsehjelp, gjennom at både fagfolk og brukere bedre forstår de ulike tjenestene og deres ansvarsområder. Videre skal prosjektet involvere ulike deler av systemet for å skape mer helhetlige og sammenhengende hjelpetjenester for barn og unge. Tydeligere ansvarsfordeling skal forbedre samarbeidet på tvers av tjenester. Modellen tar utgangspunkt i at et godt tverrfaglig samarbeid avhenger av tverrfaglige samarbeidsarenaer og felles tjenestebeskrivelser.

¹⁷ Partssammensatt samarbeidsorgan med ansvar for organisering av Topplederforumet og for å avgjøre saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter i samhandlingen om pasient/bruker, samt følge opp tjenesteavtalene. ("Samhandlingsutvalget," 2018)

7.2.6 Virkninger av tiltaket

Prosjektleder for modellen i Helse Fonna har uttalt at de fortsatt har mer å gå når det gjelder å få til samordning i praksis, men at tilbakemeldingene fra ansatte i tjenestene tilsier at modellen har bidratt til et bedre samarbeid. De ansatte opplever, ifølge prosjektleder, at rammene rundt samarbeidet er ryddigere og at samarbeidet er mer forutsigbart. Man vet mer om hva man kan forvente av hverandre, og da er det enklere å få til samarbeid i enkeltsaker. (Tømmerbakke, 2021)

Videre gjengir prosjektleder at de har opplevd positiv utvikling når det gjelder avslag på henvisninger fra kommunale tjenester til BUP. Etter innføring av Helse Fonna-modellen har BUP Haugesund gått fra 30 prosent avviste henvisninger til 8 prosent avviste henvisninger. Omtrent halvparten av henvisningene til BUP kommer fra kommunale tjenester, og av disse får nesten ingen avslag. Videre er ventetiden halvert, og de som sliter med spiseforstyrrelser blir fanget opp raskt (Tømmerbakke, 2021). Vi har imidlertid ikke dokumentasjon på hvor mange av disse omtalte henvisningene som kommer fra kommunalt barnevern, eller som omfatter barn i målgruppen for dette oppdraget. En kartlegging av dette vil trolig fordre en spesifikk gjennomgang i BUP av statistikk for henvisninger.

I enkelte intervjuer med ansatte som har erfaring med modellen, har vi drøftet potensielle virkninger av modellen for vår målgruppe. En informant oppga at vedtak om tiltak utenfor foreldrehjemmet tidligere ble sett på som grunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Etter at prosjektet har bidratt til tydeliggjøring av ansvar og roller, har førstelinjetjenestene også blitt tryggere i vurderingene av hva som er psykiske helseplager, og hva som er rett hjelp for psykiske helseplager. Dette innebærer også at barnevernet benytter seg av andre kommunale tjenester for å gjøre en kartlegging og vurdering om det er grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Videre blir avslag på henvisninger nå sendt med en konkret veiledning om riktig forløp.

7.2.7 Finansiering og kostnader

Forløpene ble utarbeidet i perioden 2016–2018 med samhandlingsmidler fra Helse Vest, som ga 1 million kroner til hvert helseforetak. Modellens nettside er lagt til en nasjonal nettløsning for hele spesialisthelsetjenesten. Prosjektleder for Helse Fonna-modellen i Stavanger forklarte at de brukte mesteparten av de

¹⁸ Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) har ansvar for det overordnede perspektiv på tjenesteutvikling, samhandling og forståelse av oppdrag - både ut fra regionale og lokale forutsetninger, og ut fra nasjonale rammer, krav og føringer. ("Helsefellesskapet i Sør-Rogaland," 2022)

tildelte samhandlingsmidlene på å utvikle metodikk og ha implementeringsaktiviteter og samlinger.

Informantene vi har snakket med mener at midlene til stillingsressurser som daglig jobber med prosjektet ikke reflekterer de reelle kostnadene. De største utgiftene til tiltaket er knyttet til de ressursene kommunene og spesialisthelsetjenesten bruker på å la fagfolk være involvert i implementering og videreutvikling av forløpsbeskrivelsene, som bidrar til å forankre modellen ute i tjenesteapparatet. En informant påpekte at det koster å samle folk så de ulike tjenestene får jobbet sammen, og understreket at prosessen i seg selv bidrar til flere samordningsmøter, som kompetanseheving på tvers og felles veiledning.

7.2.8 Vurdering av relevans for prosjektet

Barn og unges helsetjeneste er et informasjonstiltak, og innebærer rolle- og rutinebeskrivelser som skal gi ansatte i ulike tjenester en oversikt over grensegangene for ansvar og oppgaver mellom egen og andre tjenester i ulike «typiske» brukerforløp. Rolle- og rutinebeskrivelsene er utviklet av lokale samhandlingsgrupper sammensatt av fagpersoner fra ulike tjenester, brukere og pårørende. Modellen har koordinering som hovedformål og utgjør en egen type samordningsmodell som fremstår langt mindre ressurskrevende enn de andre modellene vi har kartlagt. Samtidig innebærer modellen i utgangspunktet kun et system for samhandling mellom tjenester, og det er usikkert hvorvidt den i det hele tatt innebærer samhandling på individnivå.

I modellen beskrives hvilke tjenester ulike aktører kan tilby, men det beskrives ikke hvordan aktørene skal samarbeide rundt det enkelte barn. Aktører som mangler informasjon om hva andre tjenestene kan tilby, kan finne dette i modellen. Imidlertid bidrar den ikke til at aktørene får en felles forståelse av barnet eller en arbeidsform som sørger til helhet i oppfølgingen. Vi vurderer derfor at modellen primært er en modell for samordning på systemnivå, og at den derfor faller utenfor formålet med evalueringen. Modellen retter seg mot barn og unge med psykiske lidelser, og målgruppen antas derfor kun å være delvis overlappende med målgruppen for oppdraget. Overføringsverdi til målgruppen for oppdraget vil hovedsakelig være knyttet til arbeidet som er gjort med å samle fagpersoner fra ulike tjenester, brukere og pårørende til å utvikle rolle- og rutinebeskrivelser. Det kan være nyttig å utarbeide slike beskrivelser med utgangspunkt i hva som er relevante tjenester for barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet, men trolig først og fremst hvis beskrivelsene utarbeides på lokalt nivå. Det kan være variasjon i tjenestetilbudet ulike steder i landet, og det vil være viktig at beskrivelsene er relevante for de som skal bruke dem i de tjenestene lokalt. Vi anbefaler å ikke gå videre

med denne modellen til evalueringsfasen, fordi modellen primært gir samhandling på systemnivå og fordi tiltaket i liten grad er spisset for målgruppen til evalueringen.

7.3 Grorudmodellen

7.3.1 Overordnet om modellen

Grorudmodellen tar utgangspunkt i nærmiljøskoler for å koordinere bydelstjenester og andre relevante samarbeidspartnere. Et overordnet mål er å motvirke utenforskap, og sikre barn og unge en trygg oppvekst. Det er også et mål om at flere skal fullføre og bestå skolegang.

Grorudmodellen har administrativ tilhørighet i Forebyggende enhet i Bydel Grorud.

Informasjonen om Grorudmodellen som gjengis her er basert på Oslo kommunes beskrivelse av modellen (Oslo kommune, 2021a), samt intervju med en prosjektutvikler i bydel Grorud.

Tabell 7-3: Fakta om Grorudmodellen

Lokasjon	Bydel Grorud, Oslo kommune
Etableringsår	2021
Overordnet karakteristika	Tiltak som fungerer som en brobygger og koordinator for det eksisterende tjenestetilbudet
Implementert flere steder	Nei, kun i bydel Grorud, men ved tre skoleområder i bydelen

7.3.2 Mål og målgruppe

De overordnede målene er å sikre bydelens barn og unge en trygg oppvekst, samt motvirke ulike former for utenforskap og gi like muligheter til å fullføre og bestå videregående skole.

Målgruppa er bydelens barn og unge. Tiltaket skal blant annet forebygge omsorgsovertagelser, og er således ikke innrettet mot barnevernsbarn som er plassert utenfor hjemmet. I kartleggingsfasen ønsket vi likevel å finne mer informasjon om tiltaket for å vurdere om det treffer vår målgruppe, og om tiltaket kan ha overføringsverdi for vår målgruppe. En informant uttrykker at det er lite trolig at tiltaket når mange barnevernsbarn med tiltak utenfor hjemmet, fordi tiltaket skal virke forebyggende.

Bakgrunnen for prosjektet er at bydelens barn og unge strever med flere utfordringer:

- Ungdommer gjennomfører ikke videregående
- Ungdommer har få voksne de er trygge på
- Ungdommer opplever avstand til skolen og lite medbestemmelse

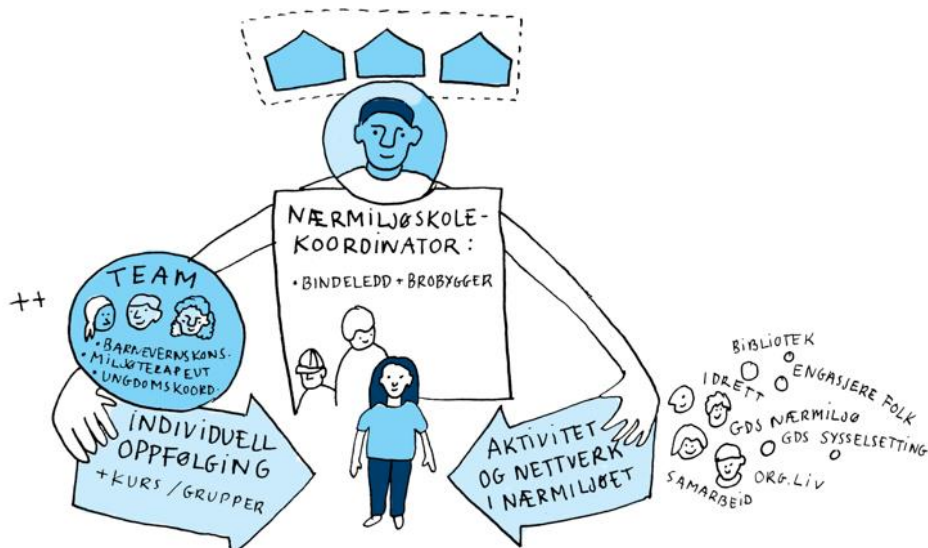
- Grunnleggende behov som kosthold, fysisk aktivitet og trygghet er ikke varetatt
- Skolefravær og kriminalitet

7.3.3 Intern organisering og arbeidsmåte

En nærmiljøskole er sentrum for koordinering av relevante bydelstjenester, barnevern og frivillige organisasjoner. Selve koordineringen utføres av et nærmiljøteam på seks personer. Et nærmiljøteam består av en barnevernskonsulent, en miljøterapeut og en ungdomsordinator fra bydelen og skolens rektor, assisterende rektor og nærmiljøskolekoordinator (Oslo kommune, 2021).

Nærmiljøskolekoordinatoren skal være bindeledd mellom skole og bydel, samtidig som vedkommende skal initiere samarbeid med foresatte, idrettslag, organisasjoner, foreninger og frivillige. Videre skal nærmiljøskolekoordinatoren skape sammenheng

Figur 7-3 Grorudmodellen



Illustrasjon: Oslo kommune.

7.3.4 Samarbeidspartnere

Utover samarbeidet mellom nærmiljøskolen og bydelen, samarbeider nærmiljøteamet med barnevern, idrettslag, og frivillige organisasjoner.

7.3.5 Faglig og teoretisk grunnlag

Grorudmodellen er bygget på konseptet «Community schools» fra USA og New Zealand, hvor:

- Skole, bydelstjenester, foreldre, idrettslag og andre jobber sammen – på skolen
- Skolen er navet i lokalsamfunnet
- Tydelig delt visjon (fullføre skolen og bestå)
- Partnere som samarbeider og deler sin ekspertise
- Partnere som har høye forventninger og standarder

mellom barne- og ungdomsskole, etablere og koordinere oppstart av fritidsaktiviteter, engasjere FAU og foresatte utenom FAU, og bygge opp et godt nærmiljøteam.

En informant forteller at barnevernskonsulenten i nærmiljøteamet skal jobbe forebyggende på skolene. Vedkommende skal bruke kjennskapen til de ulike hjelpetilbudene i bydelen til å hjelpe elever og familier med råd og veiledning, og til å komme i kontakt med riktig hjelpetilbud.

I tillegg til at nærmiljøskolen fungerer som et senter for forskjellige bydelstjenester, tilbys det i skolens lokaler aktiviteter i skoletiden, og før og etter skoletid. Målene for aktivitetene er økt trygghet, inkludering, folkehelse og læring for nærmiljøskolens elever (Oslo kommune, 2021 a).

- Stor respekt for annerledeshet – «alle elever skal med»
- Skolen involverer elever, foreldre, bydel og andre når bestemmelser blir tatt

7.3.6 Virkninger av tiltaket

En litteraturgjennomgang av effekten av nærmiljøskole-modellen på skoler i USA konkluderer med at nærmiljøskoler har en positiv effekt på elevenes akademiske resultater, atferd og sosio-emosjonelle utfall. Effektene er større for elever som i utgangspunktet hadde dårlige akademiske resultater, og fra skoler i områder med mye fattigdom. (Maier et al., 2017)

En informant mente at Grorudmodellens tette samarbeid mellom barnevernskonsulent og skole gjør at flere familier og elever får riktig hjelp til riktig tid.

Informanten sa at flere saker enn tidligere behandles av andre enn barnevernet, eller som samarbeid mellom barnevernet og andre tjenester.

7.3.7 Finansiering og kostnader

Gorudmodellen finansieres av Bydel Gorud med midler fra Goruddalssatsingen ved delprogrammet for oppvekst og utdanning. I 2021 fikk Gorudmodellen 6,5 millioner kroner fra Goruddalssatsingen. Totalt er det satt av 13,5 millioner kroner i en periode på 2,5 år for å teste ut modellen.

7.3.8 Vurdering av relevans for prosjektet

Gorudmodellen er et koordinerende tiltak som fungerer som en brobygger og koordinator for det eksisterende tjenestetilbudet. Dette innebærer at tiltaket har egne ansatte som har koordinering som oppgave, og at tiltaket ikke direkte erstatter andre tjenester. Som Stillasbyggerne retter Gorudmodellen seg mot systemene rundt barna, og ikke primært mot barna selv. Målgruppen er sårbare barn og unge, og modellen retter seg med andre ord mot en betydelig bredere målgruppe enn barn som har tiltak fra barnevernet og bor utenfor foreldrehjemmet. Det at målgruppen er så bred gir modellen et mer forebyggende preg enn Stillasbyggerne og DUE Bergen, og det har trolig også implikasjoner for hvilke tjenester modellen retter seg mot. Beskrivelsene av modellen indikerer at den primært koordinerer kommunale og frivillige tjenester, og ikke spesialisthelsetjenesten, som antas å være særlig relevant for vårt oppdrag. Vi foreslår å utelate modellen i den videre evalueringen, fordi den innholdsmessig ligner på modeller som vi har inkludert, men har en ganske ulik målgruppe. Det er tvilsomt om modellen i særlig stor grad rommer koordinering til vår målgruppe.

7.4 Nye mønstre – trygg oppvekst

7.4.1 Overordnet om modellen

Nye mønstre er et tiltak for å hjelpe familier med vedvarende lavinntekt. Modellen består av en familiekoordinator som sammen med familien utarbeider familiens plan. Koordinator er ansatt i NAV-kontor eller Familiens hus. Koordinatoren samordner en tverrfaglig og tverrsektoriell innsats til både voksne og barn i deltagerfamiliene.

Nye mønstre var en del av Program for folkehelsearbeid i Agder, som ble avsluttet i 2021. Etter det har Nye mønstre blitt tatt i bruk i kommunene, og er lokalisert i NAV med egen avdelingsleder.

Nye mønstre er et innovasjonsprosjekt med støtte fra Norges forskningsråd som skal gi ny kunnskap om betydningen av helhetlig og koordinert innsats. NORCE Norwegian Research Centre, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen og Høgskulen på

Vestlandet gjennomfører en pågående følge-evaluering av Nye mønstre, som skal undersøke om prosjektet når målene.

Informasjonen om Nye mønstre som gjengis her er basert på informasjon om modellen på hjemmesidene til Kristiansand kommune (Kristiansand kommune, 2020), herunder dokumentasjon av enkelte resultater fra en spørreundersøkelse til ansatte i tjenester som yter bistand til Nye mønstre-familier (Bersvendsen, 2021). Kostnader er hentet fra Kristiansand kommunes årsrapporter og økonomiplaner (Kristiansand kommune, 2021 og 2022).

Tabell 7-4: Fakta om Nye mønstre

Lokasjon	Kristiansand kommune
Etableringsår	2020
Antall familier som har blitt fulgt opp	200 (550 barn)
Type tiltak	Tiltak som fungerer som en brobygger og koordinator for det eksisterende tjenestetilbudet
Implementert flere steder	Ja, elleve kommuner i Agder + Stavanger

7.4.2 Mål og målgruppe

Det overordnede målet er å bryte mønstre hvor lavinntekt og sosiale utfordringer overføres fra en generasjon til en annen. Koordinatoren og familien skal sammen jobbe for at:

- Barn, unge og foreldre i deltagerfamiliene opplever bedre psykisk helse og livskvalitet
- Barna deltar i fritidsaktiviteter og sosiale sammenhenger med andre jevnaldrende
- Barnas skoleprestasjoner bedres
- Antall barn og unge i prosjektet som bor i boliger som er trangbodde eller har dårlig standard er redusert
- Barna bor i et stabilt miljø over tid
- Foreldrene er i arbeid eller arbeidsrettet aktivitet
- Familiens økonomiske situasjon er oversiktlig, forutsigbar og håndterbar

Målgruppa er familier med vedvarende lav inntekt, der barna har risiko for å utvikle helseutfordringer og utenforskap. Barnevernet er involvert i over halvparten av familiene.

Nye mønstre omfatter ikke barn som allerede er plassert utenfor hjemmet, men i kartleggingsfasen ønsket vi å finne mer informasjon om tiltaket for å vurdere om det hadde overføringsverdi for denne målgruppa.

7.4.3 Intern organisering og arbeidsmåte

Hver familie får én familiekoordinator som skal organisere innsatsen rundt familien og fungere som familiens ene kontaktperson inn til hjelpeapparatet. Sammen med familien lager familiekoordinator en plan for hvordan man skal jobbe sammen og hvordan familiens mål skal nås.

7.4.4 Samarbeidspartnere

Familiekoordinatoren samarbeider med helsetjeneste, NAV, barnevern, skole, barnehage, helsestasjon og frivillige organisasjoner.

7.4.5 Faglig og teoretisk grunnlag

Vi har ikke funnet dokumentasjon på modellens faglige og teoretiske grunnlag, utover det som er beskrevet over.

7.4.6 Virkninger av tiltaket

I 2021 ble det gjennomført en spørreundersøkelse til ansatte i tjenesteapparatet som yter bistand til Nye mønstre-familier¹⁹ i de tolv kommunene²⁰ (Bersvendsen, 2021). Resultatene viste at modellen øker koordinert og helhetlig innsats, reduserer samarbeidspartners bekymring for barn og familier, reduserer arbeidsbelastning for noen tjenester – og bidrar til økt samhandling med frivillig sektor.

7.4.7 Finansiering og kostnader

Nye mønstre har 6,9 millioner kroner i årlige rammemidler for 2022. Med 200 familier, har tiltaket en budsjettert månedlig kostnad per familie på 2 900 kroner.

Nye mønstre ble i første fase finansiert av Folkehelseprogrammet i Agder, kommuners egenfinansiering, og Fylkesmannen i Agders Tilskudd til utvikling av sosiale tjenester i NAV. (Krisansand kommune, 2020). Prosjektet er fra 2022 en del av NAV-budsjettet.

Utviklingen av forskningsprosjektet har fått støtte fra Regionalt forskningsfond Agder og Forskningsrådet (HELSEVEL).

7.4.8 Vurdering av relevans for prosjektet

Nye mønstre er et koordinerende tiltak som fungerer som en brobygger og koordinator for det eksisterende tjenestetilbudet. Målgruppen er familier med vedvarende lav inntekt. Vi foreslår å utelate denne modellen i den videre evalueringen, fordi målgruppen er langt unna målgruppen for oppdraget. Det kan være noe overlapp mellom målgruppene, men

vi antar at overlappet er relativt lite, og at modellen derfor er lite relevant for vår målgruppe.

7.5 Familiepartner

7.5.1 Overordnet om modellen

Familiepartner er et forsknings- og utviklingsprosjekt ledet av SOS Barnebyer i samarbeid med barnevernstjenesten i kommunene Larvik, Lillehammer og Øvre Eiker samt i bydel Sagene, og OsloMet.

Familiepartner har administrativ tilhørighet i barnevernstjenesten. SOS Barnebyer skal sikre kvaliteten på implementeringen av metoden i kommunene gjennom koordinering, kurs og prosessveiledning.

Informasjonen som presenteres om Familiepartner i kartleggingen er basert på informasjon om modellen fra nettsidene til SOS barnebyer, en Power Point-presentasjon fra prosjektleder og spørsmål besvart av prosjektleder per epost.

Tabell 7-5: Fakta om Familiepartner

Lokasjon	Lillehammer, Øvre Eiker, Larvik
Etableringsår	2022
Antall familier som følges opp	15
Type tiltak	Omfattende tiltak som inkluderer tjenesteyting i tillegg til koordinering
Implementert flere steder	Ja

7.5.2 Mål og målgruppe

Målet med prosjektet er å utvikle et kunnskapsbasert hjelpetiltak for familier i barnevernet som kan brukes av alle kommuner. Tiltaket skal sette foreldre i bedre stand til å ta vare på sine barn, og dermed forebygge omsorgsovertakelser. En familiepartner kan hjelpe familier der barn lever under potensielt skadelige omsorgsbetingelser, fordi foreldre strever på flere livsområder, men hvor det fremdeles er mulig å bidra til endring i omsorgssituasjonen.

Målgruppen er familier med barn i alderen 0–12 år, der foreldrene i tillegg til utfordringer med foreldreferdigheter (for eksempel grenser, praktisk omsorg, emosjonell tilknytning til barnet), sliter med

¹⁹ Tjenester representert i undersøkelsen er skole/barnehage, barnevern, helsestasjon/familiesenter, fastlege, oppfølging knyttet til voksnes psykiske helse/rus, oppfølging knyttet til barn (PPT, BUP, HABU, fysioterapeut, ergoterapeut o.l.), NAV, frivillig sektor.

²⁰ Kristiansand, Bykle, Tvedestrand, Grimstad, Lindesnes, Stavanger, Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.

andre vansker, som for eksempel rus, psykiske lidelser eller vold.

Familiepartner omfatter ikke barn som allerede er plassert utenfor hjemmet, men i kartleggingsfasen ønsket vi å finne mer informasjon om tiltaket for å vurdere om det hadde overføringsverdi for denne målgruppa.

7.5.3 Intern organisering og arbeidsmåte

En familiepartner skal komme på hyppige hjemmebesøk for å hjelpe familien med små og store utfordringer. Sammen med familien skal familiepartneren finne ut hva familien trenger hjelp med. Familiepartneren skal bygge tillit og ta med seg et helhetlig bilde av situasjonen inn i møter med andre hjelpetiltak og instanser som er rundt familien. Slik skal støtten tilpasses og dimensjoneres til den enkelte familie, og tjenestene samordnes. Familiepartner er egne ansatte i kommunen, som samarbeider på tvers av aktører og tjenester, med base i barnevernet. Tiltaket er et frivillig hjelpetiltak, som vil si at familiene sammen med barneverntjenesten må bestemme om dette er et tiltak de ønsker.

Familiene mottar i gjennomsnitt seks timer veiledning per uke. Det inkluderer hjemmebesøk og familiepartnerens deltagelse på ulike typer samarbeidsmøter med instanser rundt familiene.

7.5.4 Samarbeidspartnere

Å danne gode samarbeidsrelasjoner trekkes frem som en viktig oppgave for familiepartneren. Familiepartneren samarbeider med skole, barnehage, NAV, helsestasjon, fastlege og boligkontor.

En informant forklarte at i lys av barnevernsreformen ser Familiepartner at forankring på ledernivå er særlig viktig for å få til et velfungerende samarbeid på tvers av tjenester. Derfor skal Familiepartners samarbeidsrelasjoner forankres på ledernivå i kommunen. Det innebærer at prosjektet og implementeringen av dette startet på ledernivå i kommunen, altså oppvekstsjef, ordfører eller

tilsvarende nivå. Dette gjelder Øvre Eiker og Lillehammer.

7.5.5 Faglig og teoretisk grunnlag

Metoden bygger på en finsk modell og er utviklet i samspill med barneverntjenester, forskere og konsultentselskapet Ephori.

7.5.6 Virkninger av tiltaket

Vi har ikke funnet dokumentasjon som omtaler virkninger av modellen i Norge. Familiepartner har levert fremdriftsrapporter til Bufdir for 2020 og 2021, men disse omtaler ikke virkninger. Virkninger skal rapporteres inn til Bufdir 1. mars 2023.

I Finland er tiltaket evaluert av Owal Group, men evalueringen er ikke tilgjengelig på engelsk eller et skandinavisk språk.²¹

7.5.7 Finansiering og kostnader

Prosjektets samlede budsjett er på i overkant av 25 millioner kroner og finansieres med midler fra Bufdir, Ferd og Heimstaden. De private midlene er delvis gitt som brofinansiering²² (Lillehammer) og effektkontrakt²³ (Øvre Eiker), som innebærer at kommunene betaler noe tilbake dersom målene nås. Larvik kommune finansierer deltagelsen i prosjektet over eget driftsbudsjett. (KS, 2018)

7.5.8 Vurdering av relevans for prosjektet

Familiepartner er et hjelpetiltak i hjemmet, med egne ansatte som gir veiledning til familier. De skal også koordinere hjelpetjenester. Modellen er likevel i utgangspunktet en veiledningstjeneste, og den har ikke samordning av tjenester som et primært formål. Målgruppen er familier med barn i alderen 0–12 år, hvor foreldrene har utfordringer både med foreldreferdigheter og annen problematikk. Det tilsier at målgruppen i utgangspunktet er familier med barn som bor i hjemmet, og målgruppen er dermed ikke overlappende med målgruppen for oppdraget. Vi foreslår å utelate modellen fra evalueringen fordi målgruppen i liten grad anses å være overlappende med oppdragets målgruppe.

²¹ <http://kasvuntuki.fi/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/Kati-Palsanen-diat.pdf>

²² Fullfinansiering inntil avtalte mål er nådd, og deretter overtar kommunen finansieringsansvaret, forplikter seg til å videreføre tiltaket og tilbakebetale deler av investeringen.

²³ Private investorer finansierer et tiltak med fastsatt resultatmål, og blir tilbakebetalt av det offentlige om målene nås. ("Ny finansieringsmodell styrker kommunens forebyggende arbeid,")

8. Samlet vurdering og læringspunkter

De evaluerte modellene er konseptuelt ulike både når det gjelder målgruppe og innhold i oppfølgingen. De tre modellene har ulike styrker og utfordringer. Stillasbyggerne og DUE er modeller for å samordne det ordinære tjenesteapparatet, mens FACT ung løser samordningsutfordringer med å samle deler av tjenestetilbudet i et eget team og dermed overta for ordinære tjenester. Både Stillasbyggerne og FACT ung er tilknyttet helsetjenesten og har dermed bedre forutsetninger enn DUE til å sikre barna tilgang til koordinert helsehjelp. Samtidig inneholder DUE en tett, miljøterapeutisk oppfølging som de andre modellene ikke har. Hvordan ulike samordningsmodeller fungerer, avhenger i stor grad av hvilke tjenester det enkelte barn har behov for å få samordnet. Vurderingen av hvilke samordningsmodeller som fungerer best for barn i barnevernet, bør derfor ta utgangspunkt i hvilke tjenester denne målgruppen primært har behov for.

8.1 Behov og målgrupper

I dette kapittelet vurderer vi de tre evaluerte modellene opp mot hverandre langs ulike sentrale dimensjoner. Vi drøfter forskjeller i målgruppe, innhold i oppfølgingen, suksesskriterier og utfordringer, samt overførbarhet. Vi vurderer samtidig styrker og svakheter ved de ulike modellene.

Barnas behov vil avgjøre hvilke samordningsmodeller som fungerer

Dette prosjektet kartlegger og evaluerer samordningsmodeller for barn med tiltak fra barnevernet som bor utenfor hjemmet. En vurdering av hvilke samordningsmodeller som fungerer for denne målgruppen, må man ta utgangspunkt i hvilke behov disse barna har og dermed hvilke tjenester de trenger samordnet. I dette prosjektet har vi ikke kartlagt dette eksplisitt, men informasjonsinnhentingene belyser likevel noen gjennomgående behov disse barna har, som kan skille seg fra behov hos andre barn og unge med sammensatte behov.

For det første har barna vi har snakket om behov for hjelp fra barnevernet. Barnevernfaglige behov vil også ligge til grunn for en del av behovene de har fra

andre tjenester, og en dialog mellom barnevernet og andre tjenester vil dermed være nødvendig for at det samlede hjelpeapparatet kan dra i samme retning.

Videre er dette barn som ofte har dårlige forutsetninger for å delta på ordinært vis i skolen (Kääriälä, et al., 2018). De kan ha behov for tilrettelegging eller annen oppfølging fra skolen. Våre informanter har uttrykt at skolen ønsker å imøtekomme barnas behov, men at for å gjøre dette, trenger skolen å ha dialog med andre tjenester om hvordan det går med barnet og for å forstå barnets behov i det daglige. Den daglige kontakten barna har med skolen gir også skolen muligheter for å plukke opp viktige erfaringer om barnet som det kan være relevant å informere andre tjenester om. Skolen er dermed ofte en viktig aktør som må inkluderes i samarbeidet rundt disse barna.

Disse barna har også ofte behov for psykisk helsehjelp, enten fra primær- eller spesialisthelsetjenesten, og ofte begge deler. Behovene for psykisk helsehjelp varierer mellom barna, og det varierer også over tid for det enkelte barn hvilke behov barnet har for psykisk helsehjelp og hvor mottakelige det er for å kunne nyttiggjøre seg psykisk helsehjelp. Dette er barn som ofte har mye ustabilitet i livene sine og som kanskje ikke har stabile voksenkontakter rundt seg til å følge dem opp i det daglige. Barna kan også ha utfordringer med å forholde seg til tjenesteapparatet. Det betyr at de kanskje ikke klarer å innrette seg etter tjenester med fastlagte strukturer, som å møte opp til avtalte timer. De trenger dermed ofte en fleksibilitet i behandlingen, som de ordinære helsetjenestene i liten grad gir mulighet for. Mange barn opplever at de mister helsetilbud de har behov for fordi de ikke har møtt opp til avtalte timer. Samtidig trenger disse barna kontinuitet i behandlingen. Det er en utfordring at disse barna ikke plukkes opp av noen relevante helsetjenester. Kompetanse innen psykisk helse kan ofte være avgjørende for å forstå barnas atferd og behov også i andre sammenhenger, og det er derfor behov for at behandlere i helsetjenesten kan formidle barnas atferdsuttrykk og behov også til de andre tjenestene.

I tillegg har ungdommer som er i overgangen til voksenlivet ofte behov for å få bistand fra NAV. De trenger ofte økonomisk støtte som krever søknader og dialog med NAV. Noen vil også trenge bistand fra NAV arbeidsformidling. Dette er gjerne ulike tjenester innad i NAV-systemet, og det kan være krevende for ungdommene å orientere og manøvrere seg i dette tjenestetilbudet. Ungdommene kan trenge hjelp til å

få innpass hos NAV, og de kan også trenge at noen hjelper dem med å formidle deres behov til NAV.

Vår oppfatning basert på intervjuene er dermed at det særlig er disse fem tjenesteområdene som er avgjørende å få samordnet for vår målgruppe; barnevern, skole/PPT, primærhelsetjenesten, psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og NAV. I tillegg kan det være behov for å samordne også andre tjenester og foreldre eller annet eventuelt nettverk rundt barna. Hvilke aktører og tjenester det enkelte barn har behov for å få samordnet vil nødvendigvis variere, både mellom barn og over tid. Det innebærer at det kan være ulike samordningsmodeller som passer best for de ulike barna innenfor målgruppen. Det innebærer også at en samordningsmodell for denne målgruppen bør være fleksibel i form av at den kan involvere de ulike tjenestene etter behov.

Uten spesifikke samordningstiltak vil barnevernet ofte få koordineringsrollen

Uten egne samordningstiltak vil det ofte være saksbehandlere i barnevernet som får ansvar for oppfølgingen av barnet og koordineringen av tjenestene rundt barnet.

I alle de tre samordningsmodellene vi har sett på, brukes det mye tid og ressurser på å samordne tjenestene. Dette er trolig mer tid enn de fleste saksbehandlere i barnevernet vil ha mulighet til å bruke på samordning.

I koordineringsrollen vil det i tillegg være avgjørende å kunne etablere en god og trygg relasjon til barnet, for å kunne kartlegge og forstå barnets reelle behov. Det er ikke nødvendigvis alltid at saksbehandlere i barnevernet har denne relasjonen til barnet. Det kan gjøre at disse barna ikke får den hjelpen de trenger. De evaluerte samordningsmodellene har ulike tilnærminger for å løse dette problemet.

1. august 2022 ble det vedtatt nye bestemmelser for å styrke oppfølgingen av utsatte barn, og dette kan bidra til å redusere barrierene for samhandling. Bestemmelsene omhandler velferdstjenestenes plikt til å samarbeide uten at samarbeidet er knyttet til en enkelt sak, plikt til å samarbeide i enkeltsaker, samordningsplikt for kommunen, rett til barnekoordinator og individuell plan. En individuell plan skal være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, og det er grunn til å tro at en del av barna som er i målgruppen for samordningsmodellen vi har evaluert i denne rapporten, har rett til en slik plan. De nye bestemmelsene kan ha betydning for samordningen som skjer uten bruk av egne samordningsmodeller,

men det er for tidlig å si noe om effekten av bestemmelsene.

Barnets mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen, og planen kan bidra til mer samordnede tjenester.

Stillasbyggerne er mer spisset inn mot målgruppen enn DUE og FACT ung

Samtlige av de tre evaluerte tiltakene retter seg mot barn og unge opp til 25 år. Det er likevel noe variasjon i målgruppene. Frem til høsten 2022 fulgte Stillasbyggerne opp alle barn og unge under barnevernets omsorg i de seks samarbeidskommunene, men de har nå gått over til en modell der barneverntjenestene i kommunene i opptaksområdet til Ahus kan henvise barn under barnevernets omsorg til dem. DUE er et tilbud til barn og unge med tiltak fra barnevernet, inkludert de som bor hjemme og de som frivillig bor utenfor foreldrehjemmet. FACT ung-modellen retter seg på den annen side mot barn og unge med store og sammensatte behov, og med behov for langvarig og samordnet innsats.

Både Stillasbyggerne og DUE er tett koblet til barnevernet. Stillasbyggerne følger opp henviste barn og unge under barnevernets omsorg i de aktuelle kommunene, og ungdommene i DUE er i hovedsak henvist fra barnevernet. FACT ung tar imot henvisninger fra flere tjenester. Inklusjonskriteriet er ungdom med en form for funksjonssvikt innen områder som psykisk helse, skole, familie og rus, samt med behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer. De fleste brukerne ser ut til å være ungdom med sammensatte helseutfordringer, men ikke nødvendigvis med tilleggsproblematikk som treffer barnevernet. I FACT ung-teamene vi har evaluert er kun et fåtall av brukerne henvist fra barnevernet.

I alle modellene gjøres en vurdering av om ungdommene er innenfor inklusjonskriteriene for modellene. For DUE er det i praksis barnevernet som sammen med brukeren vurderer om DUE er et aktuelt tiltak. Stillasbyggernes inklusjonskriterier åpner for at alle barn under barnevernets omsorg med behov for psykisk helsehjelp kan få oppfølging, mens inklusjonskriteriene for DUE og FACT ung gjør at noen av disse barna ikke nødvendigvis får tilbud om oppfølging. For at DUE-modellen skal treffe hele målgruppen, må modellen avvike fra forutsetningen om at tiltaket er frivillig.

8.2 Sentrale forskjeller i modellenes innretning

FACT ung samler tjenesteutøvelse i en felles enhet

DUE og Stillasbyggerne er modeller for å samordne det ordinære tjenesteapparatet, mens i FACT ung foregår den tverrfaglige samordningen i hovedsak i et separat tiltak som erstatter det ordinære tjenesteapparatet. Disse ulike tilnærmingene gir potensielt både fordeler og ulemper.

Hovedfordelen med FACT ung-modellen er at selve behandlingen i større grad kan samordnes. Når de ulike behandlere samarbeider så tett om tjenesteutførelsen gir det grunnlag for mer informasjonsdeling om brukerens behov, som dermed gir grunnlag for en bedre forståelse av brukerens behov og utarbeidelse av tiltak som i større grad treffer brukerens behov. Når de ulike behandlerne samarbeider så tett, gir det dermed potensial for en mer helhetlig behandling av ungdommenes utfordringer, altså samordnede tjenester på et dypere nivå. Gitt at representanter fra ulike tjenester sitter i samme team og jobber tett sammen, er det naturlig å anta at samordningen i FACT ung blir mer sømløs og fleksibel enn i de to andre modellene.

Samtidig kan FACT ung modellen også tenkes å være mindre fleksibel på hvilke tjenester den enkelte mottar, gitt at teamet består av en gruppe fast ansatte. Når det er behov for andre tjenester, må disse kobles på, på samme måte som de må i DUE- og Stillasbygger-modellene. Det innebærer behov for samhandling på to nivåer i FACT ung, både innenfor og utenfor teamet. Erfaringene tilsier at samhandlingen utenfor teamet kan være mer utfordrende å få på plass. Det at gitte deler av tjenesteapparatet er koblet på uavhengig av ungdommenes behov, gjør i prinsippet FACT ung noe mindre fleksibelt enn DUE og Stillasbyggerne, som kun trekker inn de tjenestene ungdommen har behov for i hver enkelt sak.

Det er heller ikke nødvendigvis en kvalitetsmessig fordel i FACT ung at det er mange som er involvert i oppfølgingen av en gitt ungdom. Aktørene som har erfaring med DUE og Stillasbyggerne løfter det også frem som et suksesskriterium at det nettopp ikke er flere involvert i samordningsmøter enn det som er nødvendig, fordi møtene da gjerne blir mer kompliserte og man kan miste fokus på ungdommens behov. På den annen side vil det være en fordel at de tjenestene som faktisk følger opp den enkelte ungdom er godt informert om forløpet til denne. Betydningen av at flere involveres i FACT ung-modellen avhenger dermed av om det er de tjenestene den enkelte ungdommen har behov for som involveres i teamet, at det verken er flere eller færre, og at det er mulig å

tilpasse oppfølgingen underveis i forløpet, i forhold til situasjonen ungdommen befinner seg i til enhver tid.

Stillasbyggerne koordinerer ordinære tjenester

Mens det i FACT ung er teamet som i utgangspunktet gir mange av tjenestene ungdommen har behov for (for eksempel tjenester knyttet til oppfølging av skolegang, rusproblemer og psykisk helse), prøver Stillasbyggerne på mange måter å gjøre det motsatte. Stillasbyggerne jobber for å få de ansatte i de ordinære tjenestene til å hjelpe barnet bedre ved å bidra til at hjelpen blir helhetlig og godt koordinert. I dette ser Stillasbyggerne også til eventuelle utnyttede ressurser i nærmiljøet. Som bakgrunn for modellen ligger en idé om at det er mange gode hjelpetiltak tilgjengelig, men at de ofte er dårlig koordinert. Hvor langt Stillasbyggerne når ved å ta denne koordinerende rollen når det kommer til å frembringe faktiske tjenester er imidlertid delvis utenfor Stillasbyggernes kontroll.

På den annen side har Stillasbyggerne en systematisk metode i samordningsarbeidet, som innebærer å kartlegge og samle aktørene rundt ungdommen, identifisere ungdommens behov, sette ord på disse behovene for alle aktørene og dermed bidra til en felles forståelse av ungdommens behov og mål, avklare tiltak som skal møte behovene og deretter følge opp at de ulike aktørene gjør det som er avtalt. Stillasbyggerne legger også ned et betydelig arbeid i forkant av møtene med de involverte aktørene, i form av koordinering og informasjonsinnhenting, slik at møtene kan ha en operativ karakter der det kan tas beslutninger. Alle aktørene som skal delta på møtene informeres og forberedes på det som er tema for møtet i forkant. Møtene blir derfor viktige samhandlende fora, og samarbeidende instanser uttrykker stor grad av fornøydhet med det arbeidet Stillasbyggerne gjør her. Den systematiske fremgangsmåten i samordningsmodellen fremstår som en betydelig styrke i Stillasbyggernes modell. Ved å sette ungdommens behov i sentrum, bidra til at alle aktørene får en felles forståelse av ungdommens behov, gi aktørene tydelig ansvar og oppgaver, og følge opp at alle gjør sine oppgaver som avtalt, så bidrar Stillasbyggerne til å sikre at tjenestene drar i felles retning og at de drar i en retning som imøtekommer ungdommens reelle behov.

DUE koordinerer tjenester, men i en mindre aktiv og systematisk rolle enn Stillasbyggerne

DUE tar en lignende rolle som Stillasbyggerne ved å koordinere det ordinære tjenesteapparatet. Samtidig skiller modellen seg i stor grad fra Stillasbyggerne. Det er både ved at DUE er koblet til et spesifikt, og tidsavgrenset barneverntiltak (miljøterapeutisk oppfølging), som innebærer noen føringer for målgruppe, koordinatorenes kompetanse og

varigheten av tiltaket. I tillegg har ikke DUE en like systematisk metode for koordinering av tjenesteapparatet som Stillasbyggerne har. DUE har ikke noen fast modell for samordning, men tilpasser dette i hvert enkelt tilfelle, avhengig av ungdommens behov. Der Stillasbyggerne inntar en koordinerende rolle og legger press på andre tjenester, er DUE i større grad en støttespiller for at ungdommen skal klare å manøvrere seg gjennom tjenestene de har behov for. DUEs arbeid er mindre rettet mot de andre tjenestene, i forhold til Stillasbyggerne, og i større grad rettet mot ungdommen selv. DUE støtter ungdommen i å bestille timer og gjøre avtaler hos de ulike tjenestene, følger opp og motiverer ungdommen til å stille opp til avtalte tider, og følger også ofte ungdommene til de ulike tjenestene. Slik blir DUE-koordinatoren i større grad enn støttespiller for ungdommene. De kan også ta en rolle i å aktivisere og ansvarliggjøre andre tjenester, men de har mindre systematikk i dette og det gjøres trolig i mindre grad, sammenlignet med Stillasbyggerne.

Muligheten for å identifisere behov

En velfungerende samordningsmodell må også ta utgangspunkt i en kartlegging av barnets grunnleggende behov, og deretter søke å løse disse behovene, uavhengig av hvilken tjeneste disse behovene skulle sortere under. I så måte kan det være grunn til å tro at modeller som DUE og Stillasbyggerne er mer fleksible enn FACT ung i å kunne definere behovene bredt, uavhengig av tjenestenivå, gitt at de ikke er koblet til noen spesifikke tjenester. FACT ung fremstår også som fleksible på dette punktet, men trolig noe mindre gitt modellens tydelige forankring i helsetjenesten.

Nivå for informasjonsdeling

En viktig del av samordningen er informasjonsdeling mellom tjenestene. Informasjonsdeling mellom tjenester bidrar til en felles forståelse for ungdommens behov, som er utgangspunktet for å avklare hvilke tiltak som bør settes inn og hvordan de ulike tjenestene kan trekke sammen i arbeidet. FACT ung har en systematisk modell for å sikre informasjonsdeling innad i teamet, men mindre systematikk for å sikre informasjonsdeling til tjenester utenfor teamet. Stillasbyggerne har en systematisk metode for å sikre informasjonsdeling gjennom faste møter, mens informasjonsdelingen i DUE-modellen vil tilpasses den enkelte ungdoms behov og omfanget av møter og involvering av de ulike tjenestene vil trolig variere.

Det er grunn til å tro at FACT ung-modellen gir forutsetninger for langt mer deling av informasjon innad i teamet, sammenlignet med Stillasbyggerne og DUE. Når ulike behandlere samarbeider så tett om tjenesteutførelsen som i FACT ung, gir det grunnlag for mer informasjonsdeling om brukerens behov som vil

kunne bidra økt forståelse for brukernes behov fra de ulike behandlere og dermed bedre forutsetninger å levere gode tjenester basert på brukernes behov.

Når behandlere er plassert i ulike tjenester vil de ikke dele samme type informasjon om brukeren. I DUE-modellen, til sammenligning, vil ikke behandlere fra psykisk helsetjeneste dele detaljert informasjon fra behandlingen med DUE-koordinator eller andre tjenester. Så lenge de innhenter samtykke fra ungdommen selv, så kan de i prinsippet dele det meste av informasjon, men informasjonsdeling med andre tjenester vil være basert på en vurdering av hvilken informasjon det er hensiktsmessig å dele. Behandlere vil i mindre grad ha behov for å dele detaljert informasjon fra behandlingen, fordi behandlingsansvaret for ungdommens psykiske helse ligger hos den enkelte tjenesten, som i praksis blir den enkelte behandler. Det blir da opp til denne behandleren å vurdere hvilken informasjon det er nødvendig å dele med andre tjenester. Behandleren vil da først og fremst ha fokus på ungdommens behandlingsforløp i egen tjeneste, og involvere andre tjenester i den grad det vurderes å fremme dette behandlingsløpet. Det er grunn til å tro at behandleren i mindre grad har fokus på eller kunnskap om at informasjon behandleren har om ungdommen også kan være nyttig i oppfølgingen fra andre tjenester. I praksis vil det i stor grad variere i hvilken grad de ulike tjenestene har fokus på og støtter opp under oppfølgingsløpet i andre tjenester. FACT ung-modellen unngår hele denne problematikken, nettopp ved å samle de ulike tjenestene. Det gir potensial for dypere utveksling av informasjon og tverrfaglig samarbeid, og dermed grunnlag for bedre og mer helhetlige tjenester.

Samtidig vil betydningen av dette avhenge av hvilke av de tjenestene ungdommen trenger som i praksis er integrert i dette teamet.

Tilknytning til barnevernet

Stillasbyggerne tar imot henvisninger fra alle kommunene i opptaksområdet til Ahus, og i sakene de jobber med samarbeider de tett med barneverntjenesten. DUE er et kommunalt tiltak som er organisert under barnevernet (DUE Bodø) eller i andre deler av kommunen (DUE Bergen). Disse skiller seg fra FACT ung på dette området. Basert på erfaringene fra de ulike modellene, virker det som at Stillasbyggerne og DUE i større grad enn FACT ung har lyktes med å etablere samarbeid med barneverntjenesten der det er en felles forståelse for hvilke barn som skal få oppfølging fra modellen, og hva modellen kan tilby.

Samtidig har de tre modellene til felles at de oppfattes som eksterne aktører som supplerer barnevernet. De ansatte i modellene har ikke vedtaksmyndighet og deres rolle ser derfor ut til å

oppfattes som nøytral og avgrenset fra barnevernet. Dette synes å virke tillitsskapende overfor ungdommen og bidra til en bedre dialog mellom tiltaket og ungdommen. Det kan også lette barnevernets arbeid at en annen aktør tar det koordinerende arbeidet og den daglige oppfølgingen, selv om barnevernet fortsatt har ansvar for barnet.

Det ser likevel ut til å kunne oppstå utfordringer i samordningen mellom FACT ung og barneverntjenesten. For at FACT ung skal fungere godt for målgruppa i dette prosjektet, er det nødvendig at samordningen med barnevernet fungerer, både for den enkelte ungdom, men også for tjenestene på systemnivå. Avklaring av roller, kompetanse og ansvar vil være avgjørende, både for at barnevernet skal kunne henvise ungdommer til FACT ung og for å få til helhetlige tjenester for ungdommene mens de følges opp av FACT ung-teamet.

Tilknytning til helsetjenesten

Tiltakene har også ulik grad av involvering av helsetjenesten, som har betydning for modellenes potensial for å gi brukerne de helsetjenestene de har behov for.

I dette ligger en viktig forskjell mellom Stillasbyggerne og FACT ung-teamene på den ene siden, og DUE på den andre siden. I de to førstnevnte er psykologfaglig kompetanse eksplisitt en del av modellen, mens DUE i større grad bygger på miljøterapeutisk fagkompetanse. Dette speiler også variasjonene i målgrupper, der barna i målgruppen til både Stillasbyggerne og FACT ung har behov for psykisk helsehjelp. DUE tar i utgangspunktet ikke inn ungdommer med alvorlige psykiske lidelser, men samtidig vil mange av ungdommene i DUE også ha et stort behov for psykisk helsehjelp. Tilgang til psykiske helsetjenester er derfor også av stor betydning for disse, og DUE-modellen gir, i mindre grad enn de andre modellene, mulighet til å sikre ungdommene tilgang til psykisk helsehjelp. Dette kan forklares med at DUE skal hjelpe ungdom til å nyttiggjøre seg av tjenesteapparatet og at de må lære dem hvordan det gjøres på ordinært vis, men det kan likevel oppstå et hull i den helhetlige behandlingen, dersom det er lange ventelister og utfordrende å få prioritet for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Både Stillasbyggerne og FACT ung tilbyr behandling og samtaler med psykolog som del av modellen. Barn som klarer å nyttiggjøre seg ordinær BUP blir som regel ikke henvist til Stillasbyggerne. Sakene Stillasbyggerne tar er dermed saker der de ordinære tjenestene ikke klarer å komme i posisjon eller ikke klarer å jobbe fleksibelt nok til å hjelpe barna. Stillasbyggerne gir derfor psykisk helsehjelp til mange av barna de følger opp. I FACT ung kan det også være ansatt en psykiater i teamet. Dette er ikke del av

Stillasbygger-modellen. For noen psykiske lidelser kan det være nødvendig med behandling fra psykiater, og i de tilfellene kan FACT ung-modellen gi dette som en integrert del av tjenesten.

Oppsøkende helsehjelp

En sentral del av FACT ung-modellen er også tjenestenes fleksibilitet, ved at de er et oppsøkende team som dermed kan tilpasse oppfølgingen til ungdommens behov, både når det gjelder tid og sted. Det er ikke slik helsetjenestene vanligvis fungerer, verken i kommunene eller spesialisthelsetjenesten, og for mange ungdommer med sammensatt problematikk er det vanskelig å nyttiggjøre seg helsetjenester nettopp fordi de er lite fleksible i innretningen. FACT ung-modellen gir helsetjenester på ungdommens premisser, og sikrer dermed i større grad at ungdommene får den helsehjelpen de trenger.

Dette er også noe av målsetningen i de to andre modellene, eksplisitt i Stillasbygger-modellen, men også mer implisitt i DUE, at de skal bidra til at tjenestene i større grad innrettes for å imøtekomme ungdommens reelle behov. Samtidig kan ikke disse modellene styre over helsetjenestens prioriteringer. Selv om de ofte bruker mye tid på å «pushe» helsetjenestene til å gi ungdommene det de trenger, så kan de derfor ikke sikre dette oppsøkende tilbudet på samme måte som FACT ung.

Betydningen av kompetanse

Modellenes samhandlingsstrategi henger sammen med både variasjon i målgruppen og kompetansen modellene besitter.

FACT ung har ansatte med ulik fagbakgrunn, og disse utgjør i ulike konstellasjoner et oppfølgende team for ungdommen. Dette betyr at kompetansen i FACT ung-teamet i stor grad blir bestemmende for den faglige profilen som oppfølgingen skjer innenfor, selv om teamet kobler på andre tjenester utenfor selve teamet. Teamene består i stor grad av ulike former for helsefaglig kompetanse, som innebærer at behandlingen brukerne mottar i stor grad vil være sentrert rundt det helsefaglige. Samtidig skal de også besitte barnevernsfaglig kompetanse.

Stillasbyggerne og DUE er på sin side mer fleksible, ved å kunne koble på den kompetansen ungdommen til enhver tid trenger. Kompetansen innad i tiltakene er imidlertid også av stor betydning for hvordan disse koordinerende tiltakene fungerer.

Det er vanskelig å hjelpe noen som ikke vil bli hjulpet, dette er barn som ikke nødvendigvis klarer å formidle sine egne behov og trenger en ressurs som kan formidle dette til de ulike tjenestene. Det er derfor avgjørende at koordinatorrollen klarer å opparbeide en trygg og tett relasjon til ungdommene, slik at de

klarer å avdekke ungdommenes reelle behov og ønsker. Innretningen av DUE-modellen som en del av en miljøterapeutisk oppfølgingstjeneste som i stor grad vektlegger koordinatorenes evne til relasjonsbygging, synes godt egnet til dette. Også psykolog- og sosialfaglig kompetanse hos Stillasbyggerne og FACT ung synes å treffe godt på å bygge relasjon til ungdommene i tiltakene.

Det vi i denne evalueringen har kalt «matching» mellom koordinator og ungdommen i tiltaket kan også bidra til bedre forutsetninger for at koordinatoren skal kunne skape en god relasjon til ungdommen. Det synes derfor å være en fordel ved DUE, som har fokus på «matching» og også mange medarbeidere, som gir dem fleksibilitet til å kunne tildele ungdommene en koordinator som matcher deres interesser og behov. Videre er det en styrke at koordinatorene også kan byttes ut dersom det skulle vise seg å være en dårlig match med ungdommen. DUE, med sin størrelse, og sitt fokus på dette, fremstår særlig godt egnet til å bygge en tett relasjon med ungdommen.

I Stillasbyggerne fremstår psykologkompetansen som en stor styrke. Det at Stillasbyggerne har psykologkompetanse, i motsetning til DUE, gjør at de snakker «helsetjenestens språk» og dermed har lettere for å være en pådriver for ungdommen i helsetjenesten. Psykologkompetansen kan også være viktig både i å tolke ungdommenes atferdsuttrykk og i å formidle betydningen av ungdommens atferdsuttrykk til andre tjenester.

Selvstendigjøring, varighet og stabilitet

Modellene har i ulike grad fokus på selvstendigjøring av brukerne. DUE går ikke inn i oppfølgingen av ungdommens helsemessige utfordringer på samme måte som de gjør i Stillasbyggerne og FACT ung. DUE følger opp avtaler som allerede er gjort med andre tjenester og passer på at de blir overholdt, og de kan også følge opp rettigheter ungdommene har og som ikke er ivarettatt. DUEs modell er innrettet for å selvstendigjøre ungdommen og sette ungdommen i stand til å nyttiggjøre seg av tjenesteapparatet. Dette henger også sammen med tiltakets varighet, hvor DUE er et tidsavgrenset tiltak som i utgangspunktet har varighet 1–3 år. Det er vår vurdering at det er positivt for brukeren om tiltaket bidrar til å selvstendigjøre ungdommen. På den annen side er det grunn til å tro at mange av disse ungdommene blir stående noe alene etter at DUE er avsluttet, og at de ikke nødvendigvis klarer å overta koordineringsrollen selv i ettertid.

Stillasbyggerne er også opptatt av å ikke bygge stillaset for tett på ungdommen, for slik å gjøre ungdommen i stand til selv å ta ansvar for sitt liv og bli selvstendigjort. Samtidig har ikke Stillasbyggerne noen tidsavgrensning i tilbudet, annet enn at de skal

avslutte tilbudet når ungdommen er 25 år. Tilbudet vil derfor kunne bestå frem til 25 år, og kunne skaleres opp og ned i den perioden, etter ungdommens behov. I praksis innebærer denne modellen trolig noe mindre fokus på selvstendigjøring, men varigheten i tilbudet tilfører også en stabilitet som trolig har stor betydning for ungdommene.

Selvstendigjøring er ikke på samme måte et eget mål for FACT ung. FACT ung følger opp ungdommens helse, og overtar på denne måten i stor grad for de ordinære hjelpetjenestene. I FACT ung vil selvstendigjøringen komme som et resultat av at den mentale helsen blir bedre, slik at ungdommen blir friskere og klarer påta mer ansvar for sine egne forpliktelser og sitt eget liv. På samme måte som i Stillasbyggerne er det heller ikke noen tidsavgrensning i tilbudet til FACT ung, annet enn at tiltaket avsluttes ved 25 år.

Den utvidede varigheten av både FACT ung og Stillasbyggerne fremstår derfor i hovedsak som en styrke. Det er en fordel med stabilitet i tjenestene, særlig for barn i barnevernet som ofte har mange brudd i relasjoner bak seg, og som har utfordringer med å etablere nye relasjoner også til tjenesteapparatet. Stillasbyggerne og FACT ung gir dermed mulighet for langvarige relasjoner og stabil oppfølging over tid, som er en klar fordel for denne målgruppen.

I FACT ung kan det på den annen side tenkes at ungdommen i mindre grad lærer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenesteapparatet, fordi modellen er så frakoblet de ordinære tjenestene. Det kan dermed være en viss risiko for at ungdommene gjør seg avhengig av FACT ung-tjenestene, og at det blir et hull i tjenestetilbudet når det avsluttes. Dette trenger ikke være en reell utfordring, men innebærer et behov for fokus på å støtte ungdommen i overgangen til andre tjenester.

Mulighet for differensiering

Virkningene av en gitt modell vil alltid avhenge av at modellen brukes for riktig målgruppe, altså for de ungdommene som har behov som passer modellens innretning. De ulike modellenes suksess må derfor vurderes i lys av modellenes målgruppe og inntaksprosesser. Mulighetene for å differensiere, altså å sørge for at det enkelte barn mottar tiltaket som passer dets behov best, vil være en viktig forutsetning for suksess. Dette handler også om å ha innflytelse over, eller med andre ord, kunne velge ut og velge bort, de ungdommene som en ikke synes passer inn i konseptet for samhandlingsmodellen. Dette vil gjelde alle modellene vi evaluerer, både Stillasbyggerne, DUE og FACT ung, men praktiseres tilsynelatende i sterkest grad av FACT ung. Dette innebærer at en innenfor denne modellen i sterkere grad får en faglig spisset profil. Denne fagligheten forutsetter en

mulighet til å differensiere hvilke unge, med hvilke problemer, den faglige innsatsen skal anvendes overfor.

Spørsmålet er da om det er denne muligheten til å differensiere som gir suksess, snarere enn metodikken som anvendes? Særlig FACT ung synes her å rette seg mot en klart definert målgruppe, og i denne utvelgelsesprosessen ligger også mye av premissene for å lykkes. Samtidig vil Stillasbyggerne kanskje ha en større bredde i sitt tiltak, gitt at målgruppen er bredere definert. Stillasbyggerne vil dermed være en mer fleksibel modell som kan benyttes for barn i målgruppen med ulike behov, mens FACT ung er mindre fleksibelt til å møte ulike ungdommers behov.

Betydningen av organisatorisk tilhørighet

Både Stillasbyggerne og FACT ung bidrar til en tettere integrasjon mellom første- og andrelinjen i helsetjenesten. Stillasbyggerne ligger organisatorisk under spesialisthelsetjenesten, men har en tett kobling til kommunalt barnevern. FACT ung har en tett kobling mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten. DUE-modellen skiller seg på dette punktet ved at den i utgangspunktet kun har tilhørighet til det kommunale nivået. Dette innebærer at det i DUE-modellen kan være mer utfordrende å sikre tett og koordinert kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det gjør det trolig mer utfordrende for DUE å få innpass i spesialisthelsetjenesten for sine brukere. Utfordringer med å få prioritet for brukerne i spesialisthelsetjenesten påpekes også ofte som en barriere av våre informanter i DUE.

FACT ung kan overta tjenesteytelsen fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og de sikrer derfor i stor grad at brukerne får den psykiske helsehjelpen de trenger og at denne er koordinert. Teamet kan også overta for andre kommunale tjenester dersom de har den nødvendige kompetansen til dette. I noen FACT ung-team har de ansatte i teamet deltidstillinger i andre tjenester. Ifølge våre informanter i FACT ung, letter dette tilgangen til kompetansen og mulighetene for raskere å få søkt relevante tjenester. Dette skyldes blant annet at de kjenner de ansatte i tjenestene og dermed har en lavere terskel for å ta kontakt, samt at de har god kunnskap om hva tjenestene kan hjelpe til med og hvordan de fungerer. Dette kan være et fortrinn sammenlignet med de andre modellene. Samtidig har de nylig etablerte FACT ung-teamene etterstrebet å ha fulltidstillinger, og det er også dette som er anbefalt i modellen. Det virker derfor som at det vil være variasjon på tvers av teamene i hvilken grad de er tilknyttet øvrige tjenester. De ansatte i teamene kan likevel ha god kjennskap til det øvrige tjenesteapparatet fra tidligere ansettelsesforhold.

I Stillasbyggernes modell fremstår forankringen i spesialisthelsetjenesten å ha stor betydning for modellens mulighet til å få prioritet for brukerne i de ulike delene av helsetjenesten. Det at Stillasbyggerne har psykologkompetanse, samt organisatorisk tilhørighet til spesialisthelsetjenesten, gjør at de snakker «helsetjenestens språk» og at deres fremstilling av ungdommenes helsefaglige behov møtes med respekt og forståelse i de ulike delene av helsetjenesten. Stillasbyggerne sikrer derfor sine brukere tilgang til psykisk helsehjelp gjennom flere kanaler: For det første kan de overta behandlingen dersom de ordinære helsetjenestene ikke fungerer, og for det andre kan de med sin helsefaglige tyngde og tilhørighet sette rammer og føringer for de ordinære helsetjenestene.

Modellenes overførbarhet

Modellenes overførbarhet til andre kommuner har sammenheng med både målgruppe og organisering. For eksempel vil en overføring av Stillasbyggermodellen, som er organisert under spesialisthelsetjenesten, avgrenses til spesialisthelsetjenestens klinikker. Det samme vil i noen grad gjelde FACT ung, selv om dette er en modell som også baserer seg på en differensieringsgrad innenfor det kommunale tjenesteapparatet.

DUE modellen er organisert som en del av kommunens tjenesteapparat, og modellen vil dermed i utgangspunktet kunne kopieres til andre kommuner. Det er likevel rimelig å anta at modellen er best egnet i større kommuner, både fordi kommunene må ha et visst omfang av ungdommer med behov for denne oppfølgingsmodellen for kunne etablere kostnadseffektive tiltak og fordi koordinatorene trenger et visst fagmiljø for kompetanseutvikling og faglig dialog.

Samordningsmodellenes mål om å koordinere differensierte tjenester kan innebære at implementering av samordningsmodeller blir særlig viktig i større kommuner. I mindre kommuner kan avstanden mellom de ulike tjenesteområdene være kortere, og tjenesteapparatet kan i større grad være samlokalisert. Dette letter samordningen, og det kan dermed tenkes at behovet for å samordne de ulike tjenestene er mindre.

8.3 Virkninger

Både Stillasbyggerne, DUE og FACT ung innehar en målsetting om å bidra til et helhetlig tjenestetilbud for barn og unge med komplekse tjenestebehov. Alle de tre modellene lykkes med dette, men på ulike måter og i ulik grad.

Brukerne får de tjenestene de trenger

For vår målgruppe fremstår den viktigste virkningen av samordningsmodellen å være at brukerne får tilgang til tjenester i større grad enn de ellers ville ha fått. For dette prosjektets målgruppe og deres behov, ser dette særlig ut til å gjelde psykiske helsetjenester. Modellene bidrar til at brukerne både får prioritet i psykiske helsetjenester og til at helsetilbudet som gis i større grad er tilrettelagt for å imøtekomme brukernes behov. Av de tre modellene er det FACT ung og Stillasbyggerne som i størst grad sikrer brukerne helsebehandling, fordi behandlingstilbudet er integrert i samordningsmodellen. DUE har også en viktig funksjon i å følge opp og aktivere andre tjenester så ungdommen får de tjenestene de har behov for, men lykkes trolig i noe mindre grad å aktivisere helsetjenesten, sammenlignet med de to andre modellene.

Samordningsmodellene bidrar også til å aktivere andre nødvendige tjenester, som skole og NAV.

Brukerne får mer helhetlige tjenester

Samordning handler også om å formidle kunnskap om barnet eller ungdommen til andre tjenester som gjør at disse kan gi et bedre tilbud enn de ellers ville ha gjort, slik at tjenestene i større grad kan dra i samme retning og gi helhetlige tjenester. I samordningen skjer det en kompetanseoverføring tjenestene imellom, både knyttet til den enkelte ungdommen og på systemnivå. Dette styrker kompetanse samlet sett i alle de samordnende tjenestene. Dette kan bidra til å trygge vurderingene som gjøres når det kommer til hvilke tjenestehenvisninger som er de beste i det enkelte tilfellet. Samordning synes også å ha en viktig koordinerende effekt på tjenesteutøvelsen, slik at tjenestene drar i felles retning.

I den grad brukerne i større grad nyttiggjør seg tjenestene, gir det bedre forutsetninger for gode liv, også på sikt, og tilhørende samfunnsgevinster

En oppfølging som gir mer helhetlige og koordinerte tjenester, har også bedre forutsetninger for å bidra til å hjelpe ungdommene med det de har behov for, der og da. For utsatte ungdom i en sårbar livsfase kan det være avgjørende å få hjelp på de områdene hvor utfordringene er størst, for at de også skal kunne fungere bedre på andre områder i livet eller også nyttiggjøre seg andre tjenester. Tilførsel av stabilitet på de mest sentrale områdene i livet kan dermed gi positive ringvirkninger til mange områder av livet. Som et eksempel kan bedre psykisk helse gi bedre forutsetninger for å knytte og beholde relasjoner, delta i skole eller arbeid eller klare å bo på egenhånd. Dersom samordningsmodellene klarer å hjelpe ungdommene der de har mest behov, vil det dermed kunne legge grunnlag for disse ungdommenes

livskvalitet, helse og samfunnsdeltakelse både på kort og lengre sikt.

Bedre helse og økt deltagelse for den enkelte vil også medføre betydelige gevinster for andre deler av samfunnet, utover betydningen for den enkelte. Bedre helse og funksjonsnivå vil ha betydelige positive virkninger for pårørende. Bedre helse vil kunne medføre reduserte behov for offentlige helsetjenester på lang sikt. Videre vil økt arbeidsdeltakelse ha stor betydning for offentlige budsjetter gjennom redusert behov for trygdeutgifter, økt verdiskapning og økt skatteinngang. En dårlig fungerende målgruppe vil også være utsatt for å begå lovbrudd, mens økt funksjonsnivå og arbeidsdeltakelse på den annen side vil redusere risikoen for kriminalitet, som utgjøre en direkte gevinst for samfunnet som helhet samt ressursbesparelser hos politi, retts- og fengselsvesenet. Det vil alltid være vanskelig å knytte virkninger av enkelttiltak rettet mot barn i barnevernet opp mot slike langsiktige samfunnsvirkninger, og det er det også i dette tilfellet. Det er likevel et betydelig potensial for å oppnå slike samfunnsgevinster ved å tilføre økt stabilitet og funksjonsevne til ungdommer i barnevernet, som ellers er sterkt utsatt for marginalisering og utenforskap.

8.4 Kostnader

Kostnadene avhenger av samlet ressursinnsats

Det er vanskelig å sammenligne kostnadsvirkningene i de tre modellene, fordi de i ulik grad påvirker ressursinnsatsen i andre deler av tjenesteapparatet.

Hvis vi kun sammenligner kostnader internt i tiltakene, fremstår FACT ung som noe dyrere i drift enn de to andre modellene vi har evaluert. Kostnadsberegninger som tar utgangspunkt i modellbeskrivelsens retningslinjer for kompetansesammensetning i teamene og antall ungdommer tilsier at drift av FACT ung-teamene vil koste omtrent 10 000 kroner per ungdom i måneden. De to FACT ung-teamene vi har evaluert i dette prosjektet har imidlertid færre ansatte, men også færre brukere, sammenlignet med modellbeskrivelsen, og anslåtte kostnadene per ungdom er også høyere. Vi har beregnet at kostnadene av disse teamene ligger mellom 20 000 og 40 000 kroner per ungdom i måneden.

Til sammenligning har vi beregnet kostnadene av Stillasbyggerne og DUE til omtrent 15 000 kroner per ungdom i måneden. DUE innebærer også en miljøterapeutisk oppfølgningstjeneste, utover det koordinerende arbeidet. Det vil si at DUE-modellen tilfører ungdommene noe mer enn samordning, og kostnadene må også vurderes i lys av dette.

Den faktiske ressursbruken, og dermed kostnadene, per barn avhenger også av oppfølgingsbehovet til

det enkelte barn, og varierer dermed også innad i tiltakene. Kostnaden per barn reduseres jo færre barn med omfattende behov som følges opp. Barn med lite omfattende behov betyr i denne sammenheng at de er mindre ressurskrevende å følge opp, og modellene vil derfor kunne følge opp flere barn enn dersom de følger opp få barn med omfattende behov. Det innebærer også at jo flere barn i målgruppen som har lite omfattende behov, jo lavere vil vi anta at de gjennomsnittlige kostnadene av tiltaket er. Når vi sammenligner tiltakenes gjennomsnittlige kostnader per barn, må vi dermed også ta høyde for hvilken målgruppe de retter seg mot. Således kan det tenkes at modeller som FACT ung og Stillasbyggerne, som retter seg mot en målgruppe med barn med mer omfattende oppfølgingsbehov enn DUE ved at de også retter seg mot unge med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk, også har høyere ressursbruk per ungdom.

De samlede kostnadsvirkningene av modellene må imidlertid også ta høyde for hvordan de påvirker ressursbruken i andre tjenester. FACT ung overtar tjenester fra de ordinære helsetjenestene, og må dermed antas å bidra til redusert ressursbruk i disse tjenestene, dersom vi legger til grunn at disse ungdommene alternativt ville fått hjelp av de ordinære helsetjenestene. Samtidig er et av inngangskriteriene i FACT ung at brukerne ikke får tilstrekkelig hjelp av ordinære tjenester, og det kan tilsi at de ordinære tjenestene alternativt ville brukt begrensede ressurser på målgruppen og at avlastningen av andre tjenester dermed i praksis er begrenset. Dette gjelder tjenester som for eksempel skole, PPT, skolehelsetjeneste og utekontakt.

Alle tre modeller bidrar til å avlaste barnevernets koordinerende rolle, og bidrar dermed til ressursbesparelser i barnevernet. Dette avhenger igjen av at den gjenværende samhandlingen med barnevernet blir relativt effektiv.

Stillasbyggerne og DUE, og til dels også FACT ung, forventes imidlertid også å kunne påføre økt ressursbruk i andre tjenester. Modellene kan bidra til at nye tjenester kobles på, i tillegg til at de fungerer som en pådriver for få de andre tjenestene til å strekke seg ekstra i oppfølgingen.

Kostnadene påvirkes også av fleksibilitet til å skalere tiltaket etter behov

Kostnadene ved DUE skiller seg fra Stillasbyggerne og FACT ung ved at det faktureres et per barn avhengig av behovet for oppfølging. Slik DUE er organisert i Bergen, er modellen fleksibel med tanke på å opp- og nedskalere tilbudet. Tjenesten finansieres via internfakturering i kommunen. Kostnadene belastes budsjettene til den enkelte barneverntjenesten, og faktureringen fra DUE skal

dekke alle kostnader ved driften av tiltaket. Dette gjør at DUE kan øke kapasiteten etter hvert som flere barn blir henvist til tiltaket, uten at de trenger å vente på neste års budsjett. Så lenge de har nok ungdommer de kan fakturere for, kan de også ansette koordinatorene. Denne organiseringen kan ses på som en styrke, fordi den bidrar til å sikre at DUE har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp ungdommene som henvises samtidig som ressursbruken i større grad kan justeres etter behovene som endres over tid.

Både Stillasbyggerne og FACT ung har en mindre fleksibel organisering når det kommer til opp- og nedskalering av kapasitet. Det virker å være en risiko for at FACT ung-teamene i perioder kan ha overskuddskapasitet, fordi modellen innebærer mange fast ansatte som til en viss grad er spesialister innenfor sitt område. Det skal samtidig påpekes at de foreløpige erfaringene med FACT ung i Norge ikke tyder på at dette har vært et problem så langt. FACT ung-modellen innebærer også at flere blir informert og involvert i behandlingsforløpet til ungdommen, gitt at hele teamet involveres i informasjonsdeling om ungdommene som er «på tavla», sammenlignet med DUE og Stillasbyggerne som kun involverer de tjenestene det er behov for, fra gang til gang. Det kan derfor være grunn til å tro at den samlede ressursbruken er høyere i FACT ung, sammenlignet med DUE og Stillasbyggerne.

8.5 Læringspunkter for Bufdirs videre arbeid

På bakgrunn av den samlede informasjonsinnhenting i denne kartleggingen og evalueringen, vurderer vi at det er et behov for å utvikle og spre modeller for samordning av tjenester til barn i barnevernet som bor utenfor hjemmet. I utvikling av samordningsmodeller er det viktig å ha fokus på at hensikten med samordning er å gi bedre og mer helhetlige tjenester til det enkelte barn. Det innebærer også at vurderingen av hvilken samordningsmodell som fungerer best for målgruppen bør ta utgangspunkt i hvilke behov målgruppen har og dermed hvilke tjenester som skal samordnes. Vi har ikke kartlagt dette eksplisitt, men erfaringene som fremkommer i evalueringen tyder på at det særlig er kommunalt barnevern, skole, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) og NAV som er relevante tjenesteytere for disse barna. Det fremstår dermed som særlig viktig å finne modeller som får til en god samordning av disse tjenestene.

Det er tidkrevende å komme til en faglig enighet og samordne tiltak og planer. Jo flere tjenester og faglige perspektiver som kobles på, dess mer tidkrevende kan samordningen antas å bli. Jo mer komplekse behov ungdommene har for tjenester, og jo

mer differensierte tjenestene er, dess viktigere vil det være å ha egne koordinerende tjenester som bidrar til et helhetlig tjenestetilbud.

Evalueringen identifiserer videre noen momenter som bør tas med i vurderingen av samordningsmodeller for målgruppen:

Organisatorisk tilhørighet:

- Det synes som en styrke at det koordinerende tiltaket har tilknytningspunkter til de mest relevante tjenester for målgruppen, hvor utfordringene med samordning i utgangspunktet virker å være størst. Evalueringen tyder på at det derfor særlig er av betydning med en tett tilknytning til barnevernet og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.
- Samtidig kan det være en fordel at det koordinerende leddet er atskilt fra barnevernets vedtaksmyndighet, slik at koordinatoren blir en nøytral part. I noen tilfeller kan det gi koordinatoren bedre forutsetninger til å etablere en tillitsfull relasjon til ungdommen.
- Det fremstår som en styrke at koordineringsrollen ikke er knyttet opp mot tidsavgrensede tiltak, slik at ungdommen ikke mister koordinatoren når de er ferdige med et annet tiltak.

Avdekke behov for samordning:

- Det koordinerende leddet må kunne etablere en trygg og stabil relasjon med barnet, for å bidra til at barnet kan fortelle åpent om sine behov, samt for å legge til rette for brukermedvirkning og tillit.

- Dette innebærer også at det koordinerende leddet må ha tid til å bygge denne relasjonen med barnet, og til å være oppdatert på barnets behov. Dette krever en viss oppfølgingsintensitet over tid. Videre er det en styrke at det er et fåtall faste kontaktpersoner som har denne rollen ovenfor barnet.
- Det bør være en god «match» mellom ungdom og koordinatoren, nettopp for å bidra til relasjonen. Et større tiltak med flere tilgjengelige koordinatorene vil ha større fleksibilitet til å tilpasse koordinatoren til ungdommens behov.

Metode for samordning:

- Det synes som en fordel at samordningsmodellen har en definert struktur, eksempelvis bestående av:
 - kartlegging av barnets sentrale behov
 - kartlegging av sentrale aktører rundt barnet som kan bidra til å møte behovene
 - rutiner for å etablere en felles forståelse for barnets behov og nødvendige tiltak for å møte behovene
 - rutiner for å avklare ansvar og oppgaver for de ulike aktørene
 - rutiner for å følge opp at de ulike aktørene gjennomfører avtalte oppgaver
 - modell for samordning, med gitte aktiviteter og opplegg for møtevirksomhet.
- Tydelig avklaring av de ulike tjenestenes roller og oppgaver er viktig for en effektiv samordning.
- Koordinatorleddet må ha en pådriver-funksjon for tjenestene, men samtidig balansere behovet for tydelighet og samarbeid.

9. Referanser

Andreassen, A., 2019. Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I: *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. s.l.: Cappelen Damm Akademisk, pp. 19-46.

Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022. *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*. Nasjonal veileder.. [Internett] Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>

Backe-Hansen, E., Christiansen, Ø. & Havik, T., 2013. *Utilsiktet flytting fra fosterhjem - En litteratursammenstilling*, s.l.: NOVA.

Bang, H., 2008. Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, pp. 272-286.

Barne- og likestillingsdepartementet, 2016. *Prop. 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven – barnevernsreform*, s.l.: s.n.

Barne- og likestillingsdepartementet, 2017. *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. NOU 2017:12.. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019. *Individuell plan (IP)*. [Internett] Available at: [https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid mellom helse og barnevern/Tilbud og tjenester/Individuell plan/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Tilbud_og_tjenester/Individuell_plan/) [Funnet 2022].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022. *Turnover blant ansatte i barnevernet - hvorfor slutter så mange? En nasjonal omfangsundersøkelse av årsaker og kjennetegn ved tjenester og institusjoner med høy turnover*, s.l.: s.n.

Barneombudet, 2020. *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*, s.l.: s.n.

Bergen kommune, 2022. *DUE, et bo- og nærmiljøtiltak for ungdom*. [Internett] Available at: <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/barnevern-og-foreldrestotte/stotte-til-familier-og-ungdom/duet-et-boog-narmiljotiltak-for-ungdom>

Bjørkquist, C. & J. F. M., 2019. Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid.. I: *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse og velferdstjenester*. på samordning av helse- og velferdstjenester. s.l.:Cappelen Damm Akademisk, pp. 7-17.

Bouckaert, G. P. B. G. & V. K., 2010. *The Coordination of public sector organizations*.. [Internett] Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1057/9780230275256>

Broersen, M. et al., 2020a. *Investigating the critical elements and psychosocial outcomes of Youth Flexible Assertive Community Treatment: a study protocol for an observational prospective cohort study*, s.l.: s.n.

Broersen, M. et al., 2020b. *Young Patients With Persistent and Complex Care Needs Require an Integrated Care Approach: Baseline Findings From the Multicenter Youth Flexible ACT Study*, s.l.: s.n.

Byrkjeflot, H. & Guldbrandsøy, K., 2013. *Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus*. 54(4), 464-491.. [Internett] Available at: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2013-04-03>

Christensen, T. & Lægreid, P., 2007. *The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform*. 1059-1066.. [Internett] Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>

- Difi, 2014. *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning*. Difi-rapport 2014:07.. [Internett]
Available at: <https://dfo.no/rapporter/mot-alle-odds-veier-til-samordning-i-norsk-forvaltning>
- FAFO, 2020. *Trøbbel i grenseflatene*, s.l.: s.n.
- Finansdepartementet, 2022. *Prop. 1 S (2022-2023)*, s.l.: s.n.
- Gotvassli, K. Å., 2015. *Kunnskap, kunnskapsutvikling og kunnskapsledelse i organisasjoner*. s.l.:Fagbokforlaget.
- Hanssen, G. S., Stigen, I. M. & Hansen, T., 2008. *Det fragmenterte regionale styringssystemet – Konsekvenser for samordning?* Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 24(3), 198-222.. [Internett]
Available at: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2008-03-02>
- Helgesen, M. K., 2019. *Bedre tverrfaglig innsats – styrket tverrsektorielt samarbeid om utsatte barn og unge? I: Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, pp. 193-214.
- Helse Bergen, 2022. *URO*. [Internett]
Available at: <https://helse-bergen.no/avdelinger/rusmedisin/rusmedisin-ambulant-seksjon/uro>
[Funnet 2022].
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014-2015).. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013))*. [Internett]
Available at:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet, 2017. *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. februar 2019, lest 28. november 2022), s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2021. *Svar på: Anbefalinger etter utredning FACT-ung*. [Brev til Helse- og omsorgsdepartementet]. [Internett]
Available at: <https://napha.no/multimedia/10508/Svar-pa-utredning-etter-anbefalinger-etter-utredning-av-FACT-Ung>
- Helsedirektoratet, 2022. *Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester*, s.l.: s.n.
- Hendriksen-Favier, A., 2013. *Modelbeskrivelse FACT Jeugd*, s.l.: s.n.
- IPSOS, 2018. *Kartlegging av samhandling om utsatte barn og unge*, s.l.: s.n.
- Kayed, N. S. e. a., 2015. *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.*, Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, RKBU.
- KORUS, 2022. *Kompetanse, samarbeid og samhandling i norske kommuner - En undersøkelse fra 73 norske BTI/BTS-kommuner*. [Internett]
Available at:
<https://www.forebygging.no/contentassets/d744105aa1374ea7aa2e57f3611a08fd/kompetanse-samarbeid-og-samhandling-i-norske-kommuner.pdf>
- KS, 2018. *Hva er effektkontrakter?*. [Internett]
Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/sosiale-investeringer/effektkontrakter/hva-er-effektkontrakter/>
- Kunnskapsdepartementet, 2021. *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) Prop. 100 L (2020–2021)*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/>

Kääriälä, A. et al., 2018. Early school leaving by children in out-of-home care: A comparative study of three Nordic countries. *Children and Youth Services Review*.

Ljønes, I. & Tessand, H., 2014. *Hvordan fange opp og følge opp risikoutsatte barn i Skedsmo kommune. Handlingsveileder for ansatte som er i kontakt med barn (0-6 år) i familier preget av rus, vold og/ eller psykisk helseproblematikk*, s.l.: Skedsmo kommune.

Lægreid, P., Sarapuu, K., Rykkja, L. H. & Randma-Liiv, T., 2015. New Coordination Challenges in the Welfare State. *Public Management Review*, 17(7), 927-939.. [Internett]
Available at: <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1029344>

Mintzberg, H., 1989. *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations..* s.l.:Simon & Schuster. .

NAPHA, 2022. Tema: FACT Ung. [Internett]
Available at: <https://napha.no/content/25498/fact-ung>
[Funnet 2022].

NIBR, 2018. *Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Spørreundersøkelse til Helsedirektoratets samarbeidskommuner*, s.l.: s.n.

NKROP og NAPHA, 2017. *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*, s.l.: s.n.

NKROP og NAPHA, 2021. *Utredning om FACT ung i Norge*, s.l.: s.n.

NKROP og NAPHA, 2022. *FACT ung. Praktiske råd gjennom forprosjektene*, s.l.: s.n.

NKROP, 2022. *Evaluering av FACT ung-piloter*, s.l.: s.n.

NKROP, 2022. *Modellbeskrivelse FACT ung*, s.l.: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse.

NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern, 2015. *Resultater fra forskningsprosjekt. Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*, s.l.: s.n.

Oslo Economics og NIBR, 2022. *Evaluering av tre kommunale botiltak*, Oslo: Oslo Economics, OE-rapport nr 2022/99.

Oslo Economics, 2021. *Samfunnsøkonomisk analyse av Stillasbyggerne*, Akershus universitetssykehus, s.l.: s.n.

Oslo kommune, 2021. *Webinar om Grorudmodellen*. [Internett]
Available at: <https://www.oslo.kommune.no/byutvikling/omradesatsingene-i-oslo/delprogram-oppvekst-og-utdanning/webinar-om-grorudmodellen#gref>

Oslo universitetssykehus, u.d. *Psykoedukasjon ved Seksjon for personlighetspsykiatri*. [Internett]
Available at: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/psykoedukasjon?sted=seksjon-for-personlighetspsykiatri>

Peters, B. G., 2015. *Pursuing horizontal management: The politics of public sector coordination..* s.l.:University Press of Kansas..

RBUP, 2021. *Ungdommens stillas: En kartlegging og beskrivelse av tjenesten Stillasbyggerne samt ungdommers og samarbeidspartneres erfaringer*, s.l.: s.n.

Riksrevisjonen, 2021. *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*, s.l.: s.n.

Ruud, T. & Weimand, B., 2018. *Helsehjelp til barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved barneverninstitusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge*, s.l.: Akershus universitetssykehus.

Røvik, K. A., 1998. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet..* s.l.:Fagbokforlaget.

Servicestyrelsen, 2008. *Bedre tværfaglig indsats*. [Internett]
Available at: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/bedre-tvaerfaglig-indsats>

- Statens helsetilsyn, 2009. *Utsatte barn og unge - behov for bedre samarbeid: oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnverntjenester til utsatte barn..* [Internett]
Available at: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5_2009.pdf
- Statens helsetilsyn, 2019. *Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernsaker*, s.l.: s.n.
- Statens helsetilsyn, 2019. *Omsorg og rammer. Når barn trenger mer*, s.l.: s.n.
- Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester, 2020. *Ungdom med uavklart tilstand.*, s.l.: s.n.
- Stillasbyggerne, 2021. *Et godt liv. Tjenestebeskrivelse av Stillasbyggerne. Barnevernet poliklinikk, Akershus universitetssykehus*, s.l.: s.n.
- Stillasbyggerne, 2022. *Plan for videreutvikling av Stillasbyggerne på Ahus. Kortversjon rapportering til Bufdir på tilskuddsmidler for 2022*, s.l.: s.n.
- Stillasbyggerne, 2022. *Plan for videreutvikling av Stillasbyggerne på Ahus. Kortversjon rapportering til Bufdir på tilskuddsmidler for 2022*, s.l.: s.n.
- Tessand, H., 2012. *Hjelpern - lav terskel, høy kompetanse. Erfaringer fra kommunepsykologi i praksis i Ski kommune*, s.l.: s.n.
- Tømmerbakke, S. G., 2021. *Helsetopp tar av seg hatten for Helse Fonna-prosjekt for barn og unge..* [Internett]
Available at: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/25/her-er-de-allerede-godt-i-gang-med-helsefellesskap/>
- van Veldhuizen, J. R., 2007. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), pp. 421-433.
- Vygotsky, L. S., 1978. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. s.l.:Harvard Society Press.
- Østerud, Ø. E. F. & Selle, P., 2003. *Makten og demokratiet..* s.l.:Gyldendal Akademisk..

Vedlegg A Oversikt over gjennomførte intervjuer

Tabell 9-1: Intervjuer gjennomført i forbindelse med evaluering av Stillasbyggerne, DUE og FACT ung

Informant	
Stillasbyggerne	
Ansatte i Stillasbyggerne	2
Personer som representerer målgruppen	2
Ansatte i barnevernet eller barnevernsinstitusjon	3
Ansatte i helsetjenesten	1
Ansatte i tjenester tilknyttet skole	2
Sum	10
DUE	
Ansatte i DUE Bergen	3
Ansatte i DUE Bodø	6
Ansatte i barnevernet	3
Ansatte i NAV	2
Ansatte i helsetjenesten	4
Ansatte i forebyggende tiltak	1
Ansatte i tjenester tilknyttet skole	1
Sum	20
FACT ung	
Ansatte i FACT ung	5
Ansatte i barnevernet	2
Forskere	2
Sum	9

Vedlegg B FACT ung-team i Norge

Tabell 9-2: FACT ung-team i drift eller som har søkt midler for drift for 2022

Alta
Asker
Askøy
Bærum
Drammen
Fredrikstad
Hallingdal
Kongsberg
Molde
Nesodden
Oslo, bydel Gamle Oslo
Oslo, bydel Grünerløkka
Oslo, bydel St. Hanshaugen
Ringerike
Sandnes
Sunnhordland
Tromsø
Østre Agder

Kilde: (NAPHA, 2022)

Tabell 9-3: FACT ung-team som har søkt midler til forprosjekt

Bergen
Indre Østfold
Innlandet
Kvam
Lindesnes
Lister
Nord Rogaland
Nordre Follo
Oslo, bydel Vestre Aker
Rana
Sarpsborg
Steinkjer
Trondheim
Øygarden
FACT ung samisk

Kilde: (NAPHA, 2022)

Vedlegg C Anslag på lønnskostnader i FACT ung-team

Tabell 9-4: Gjennomsnittslønn for ulike roller/kompetanse i FACT ung-team, basert på modellbeskrivelsen

Rolle/kompetanse	Årsverk	Månedslønn kommune- forvaltningen	Årslønn kommune- forvaltningen	Lønnskostnad FACT ung
Teamleder	1	58 250	699 000	699 000
Merkantilt ansatt	1	45 880	550 560	550 560
Barne- og ungdomspsykiater	0,6	91 410*	1 096 920*	658 152
Barne- og ungdomspsykolog	1	53 980	647 760	647 760
Familieterapeut	1	45 880	550 560	550 560
Brukerspesialist	1	45 880	550 560	550 560
Arbeids- og utdanningsspesialist	0,6	47 360	568 320	340 992
Helsefaglig personell	1	48 450	581 400	581 400
Sosialfaglig personell	1	45 880	550 560	550 560
Russpesialist	0,6	45 880	550 560	330 336
Rehabiliteringsspesialist	0,6	45 880	550 560	330 336
Øvrig helse og sosialfaglig personell	1,8	45 880	550 560	991 008
Sum	11,2			6 781 224

* Kun oppgitt for statsforvaltningen.

Kilde: Modellbeskrivelse FACT ung (NKROP) 2022. SSB-tabell 11418, heltidsansatte.

Merknad: Årslønnen er beregnet gitt at det utbetales lønn for 12 måneder i året. Lønnen er basert på følgende yrker i SSBs statistikk: teamleder: leder av helsetjenester; barne- og ungdomspsykiater: legespesialist; barne- og ungdomspsykolog: psykolog; arbeids- og utdanningsspesialist: spesiallærer/spesialpedagog; helsefaglig personell: sykepleier; merkantilt ansatt, familieterapeut, brukerspesialist, sosialfaglig personell, russpesialist, rehabiliteringsspesialist, øvrig helse- og sosialfaglig personell: rådgiver innen sosiale fagfelt

Tabell 9-5: Gjennomsnittslønn for ulike roller/kompetanse i FACT ung-team, basert på forenklet beskrivelse av eksisterende FACT ung-team

Rolle/kompetanse	Årsverk	Månedslønn kommune- forvaltningen	Årslønn kommune- forvaltningen	Lønnskostnad FACT ung
Teamleder	1	58 250	699 000	699 000
Sekretær	0,5	45 880	550 560	275 280
Barne- og ungdomspsykiater	0,5		1 096 920*	548 460
Barne- og ungdomspsykolog	1,5	53 980	647 760	971 640
Erfaringskonsulent	0,5	45 880	550 560	275 280
Klinisk ernæringsfysiolog	0,5		579 240*	289 620
Barnevernspedagog	0,5	45 880	550 560	275 280
Sum	5			3 334 560

* Kun oppgitt for statsforvaltningen.

Kilde: Modellbeskrivelse FACT ung (NKROP) 2022. SSB-tabell 11418, heltidsansatte.

Merknad: Årslønnen er beregnet gitt at det utbetales lønn for 12 måneder i året. Lønnen er basert på følgende yrker i SSBs statistikk: teamleder: leder av helsetjenester; barne- og ungdomspsykiater: legespesialist; barne- og ungdomspsykolog: psykolog; klinisk ernæringsfysiolog: ernæringsfysiolog; erfaringskonsulent og barnevernspedagog: rådgiver innen sosiale fagfelt

osloeconomics

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo