

Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport

Først publisert: 19.05.2021

Sist faglig oppdatert: 19.05.2021



Innhold

1. Innledning	3
2. Begreper om psykiske helseplager	8
3. Plan og organisering av psykisk helsearbeid i kommunen ...	13
4. Kommunens helhetlige tjenestetilbud	17
5. Samarbeid mellom kommune og BUP	28
6. Helhet og samtidighet i tjenestetilbudet	35
7. Drøftinger	40
8. Oppsummering og konklusjon	44
9. Referanseliste	46

Innledning

Oppdrag

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide en tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal inkludere [arbeid med rusproblematikk, vold og overgrep \(regjeringen.no\)](#).

Den nye veilederen skal:

- tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling og forventninger til samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer.
- beskrive et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge, fra helsefremmende og forebyggende arbeid til oppfølging, behandling og samhandling om barn og unge som står i fare for, eller har utviklet, psykiske plager av ulik alvorlighetsgrad.
- gi anbefalinger til helse- og omsorgstjenestene om roller, ansvar og samhandling i psykisk helsearbeid.

Veilederen bør også inneholde:

- råd rettet mot ansatte som arbeider der barn og unge tilbringer størstedelen av dagen, som i barnehage og skole, og mot andre tjenester som har oppfølging av barnefamilier og foreldre som barnevern, politi og NAV.
- råd og informasjon rettet mot frivillige i fritidssektoren bør vurderes inkludert. Dette skal bidra til å øke kompetansen om psykisk helse-, rus- og voldstematikk innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenestene.

Metode - innsiktsarbeid

Dette er et stort oppdrag som tar for seg hele bredden i psykisk helsetilbud til barn og unge, samt ser på samhandling og samordning på tvers av tjenester og nivåer. I oppdraget ligger det også å inkludere rusproblematikk og vold og overgrep. For å få mer kjennskap til målgruppens behov og sikre et godt beslutningsgrunnlag for utviklingen av veilederen, har det blitt gjennomført et omfattende innsiktsarbeid. Ut fra oppdragets omfang er det behov for å gjøre en avgrensing av innsiktsarbeidet, og det ble besluttet i første omgang å ha søkelys på psykisk helsearbeid for barn og unge. Arbeid med rusproblematikk og vold og overgrep som naturlig inngår i det psykiske helsearbeidet vil bli sett i sammenheng og inkludert i det videre arbeid.

Bred involvering av ansatte og brukere av tjenesten i innsiktsarbeidet skal bidra til at veilederen blir et relevant verktøy for de aktørene som skal ta den i bruk.

Målsettingen med innsiktsarbeidet var å få tak i det bærende prinsipp for psykisk helsearbeid i kommunen; hvem har ansvar, hvordan er samarbeidet internt og hvordan er samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

For å sikre et bredest mulig bilde av utfordringsområder, styrker og muligheter innenfor psykisk helsearbeid for barn og unge ble det gjort et innsiktsarbeid. Denne innsikten er ikke uttømmende, men den gir et situasjonsbilde basert på kvalitative dybdeintervjuer med både brukere, kommuner og spesialisthelsetjenesten (BUP). Det ble gjort et utvalg av små og store kommuner i ulike landsdeler, BUPer i alle landets helseregioner

og et bredt utvalg av brukerorganisasjoner. Det ble gjennomført intervjuer med ansatte i 10 kommuner/bydeler, 6 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og 3 brukerorganisasjoner, ungdomsråd og Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT). Fra kommunene deltok representanter fra ulike etater både fra administrativt nivå, helsestasjon og skolehelsetjenesten, PPT, skole, barnevern m fl. I tillegg er det gjennomført intervjuer med aktuelle aktører som KS, Barns Beste, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), Barneombudet og Stillasbyggerne. Det er også foretatt en dokumentgjennomgang (vedlagte referanseliste). I dokumentgjennomgangen inngår også nasjonale føringer som Stortingsmeldinger, Opptappingsplaner og andre sentrale dokumenter.

Det har også blitt sett på Helsedirektoratets normerende produkter som grenser opp mot veilederen. Det gjelder blant annet [Veiviser psykisk helse og livskvalitet- lokalt folkehelsearbeid](#), retningslinjen [Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge](#) og [Pakkeforløp psykiske lidelser barn og unge](#).

De fleste dokumentene og intervjuene bekrefter det samme bildet med manglende tverrsektorielt samarbeid (Sintef (2017), Fafo (2020), Barneombudet (2020), UKOM (2020), 0-24/ BTS (2021)) og ansvarsavklaring innad i kommunen, og manglende rolle og ansvarsavklaring i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (Barneombudet, UKOM). Et sammenfallende utfordringsbilde peker på behovet for å gjøre en grundig analyse for å kunne trekke ut de utfordringsområdene som det skal jobbes videre med.

Leseveiledning:

I kapittel 2—6 er det en gjennomgang av utfordringsområder som er identifisert i innsiktsfasen og som det bør jobbes videre med i utvikling av veilederen.

Denne rapporten skal ikke forslå konkrete tiltak, men identifisere områder som kan gi en retning for videre arbeid med veilederen.

Rammeverk for psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid for barn og unge strekker seg fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til oppfølging og behandling av lettere psykiske helseplager og til spesialisert utredning og behandling for mer alvorlige psykiske lidelser. Det er mange ulike instanser som er involvert i psykiske helsearbeid for barn og unge. Barnehager og skoler har en viktig forbyggende rolle ved at de skal bidra til at barn og unge opplever trivsel, mestring og inkludering, og som inkluderer at de er viktige i den psykososiale oppfølgingen av barn og unge som har utfordringer. Kommunale instanser og personell som fastlegen, psykologer, helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnevernstjenesten, PPT og psykiske helsetjenester i kommunen tilbyr forskjellige tjenester til barn og unge som strever med ulike utfordringer. Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten tilbyr spesialisert utredning og behandling til barn og unge med mulige psykiske lidelser.

Veilederen skal tydeliggjøre ansvars og oppgavedeling og forventninger til samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer. Det vurderes som hensiktsmessig å presentere noen av de mest aktuelle lovverkene som regulerer ansvaret for psykisk helsearbeid, herunder ansvar for helsefremming og forebygging, oppfølging og behandling. Da tverrsektorielt samarbeid og samordning vil være gjennomgående tema presenteres også aktuelle lovverk som har betydning for disse begrepene.

Helsefremming og forebygging (lovverket)

Kommunen skal, etter [folkehelseloven § 4 \(lovdata.no\)](#), fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunene har et overordnet ansvar gjennom folkehelseloven §4. De ulike sektorenes ansvar for helsefremming og forebygging ligger i lovverket til barnehage, skole, helse- og omsorgstjenesten, PPT, barneverntjenesten (Lovdata.no).

Barnehager og skoler reguleres av henholdsvis barnehageloven og opplæringsloven. De viktigste bestemmelsene og regelverk som angår barnehager, finner vi i [barnehageloven \(lovdata.no\)](#) og [rammeplanen for barnehagen \(lovdata.no\)](#).

Skolene reguleres av [opplæringsloven \(lovdata.no\)](#) eller [friskoleloven \(lovdata.no\)](#) med forskrifter ([forskrift til opplæringsloven](#), [verdier og prinsipper for grunnopplæringen - overordnet del \(regjeringen.no\)](#), [forskrift til friskoleloven](#)). I 2018 ble det i opplæringsloven innført en plikt for skolen til å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten reguleres av [helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 \(lovdata.no\)](#). Helsestasjon- og skolehelsetjenestens oppgaver er nærmere beskrevet i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, særlig i § 5 og § 6.

Pedagogisk psykologisk tjenestens (PPT) mandat er regulert i opplæringsloven §5-6 og barnehageloven §33. PPT skal bidra til at barn og unge får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud, og skal hjelpe barnehager og skoler med å legge til rette for barn og unge med særskilte behov og utarbeide sakkyndig vurdering når det trengs. [Stortingsmelding 6 Tett på - tidlig innsats \(regjeringen.no\)](#) legger vekt på behovet for en tydeliggjøring i barnehageloven og opplæringsloven om PPT sitt ansvar for å arbeide forebyggende og med tidlig innsats før vansker oppstår, i tillegg til å være sakkyndig instans der loven krever det.

Fastlegens rolle og ansvar i kommunehelsetjenesten er hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven §3-2. Fastlegens oppgaver er nærmere beskrevet i forskrift om fastlegeordning i kommunene. I forskriftens § 20 fremgår det at individrettet forebygging skal være en integrert del av tjenesten.

Barneverntjenestens ansvar og oppgaver reguleres av barnevernsloven. Barnevernet har ansvar for å forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer, og en del av barnevernets forebyggingsansvar innebærer at de skal medvirke til at barns interesser også ivaretas av andre tjenester, jf. Barnevernloven §3-2 første ledd. Det pågår et reformarbeid i barnevernet med [endring av barnevernloven \(regjeringen.no\)](#) som vil innebære at utsatte barn og familier får den hjelpen de trenger på et tidligere tidspunkt.

Oppfølging og behandling (lovverket)

Kommunens ansvar for «utredning, diagnostisering og behandling» av personer med «psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne» er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1. Kommunen skal sørge for nødvendige helse og omsorgstjenester til sine innbyggere. Kommunene kan organisere tilbudet til barn og unge etter behov innenfor de rammene lovverket setter, og har valgt ulik organisering av tjenestene.

Psykologkompetanse i kommunen ble lovfestet fra 01.01.2020, og er en del av kommunens sørge-for ansvar i forhold til psykisk helse (jf. helse og omsorgshelsetjenestelovens §3-1). Psykologer i kommunen har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten.

Barn og unge har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (jf. pasient og brukerrettighetsloven §2-1). Hva som anses som nødvendig helsehjelp beror på en vurdering av behov, i tillegg til en ressurs/nytte-vurdering. Det er Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) som gir føringer for hvem som har rett til nødvendig helsehjelp i PHBU. Det må foreligge henvisning fra fastlege, psykolog eller barnevernstjenesten. Hovedregelen er at barnet skal kartlegges/vurderes i den kommunale helse

og omsorgstjenesten før henvisning sendes til PHBU. Barn og unge som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal få behandling i tråd med [Pakkeforløp psykiske lidelser barn og unge](#). Spesialisthelsetjenesten skal etter spesialisthelsetjenesteloven §6-3 gi veiledning som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Tverrsektorielt samarbeid

Tverrsektorielt samarbeid er en samlebetegnelse på ulike former for tverrfaglig, tverretattlig og tverrsektorielt samarbeid. Tverrsektorielt samarbeid forutsetter at aktørene har utviklet en felles forståelse av de utfordringene de står overfor, og arbeider sammen for å løse disse og sikter mot et felles mål.

Tverrsektoriell samordning er mer formalisert og forpliktende enn samarbeid, det varer over tid og krever at samarbeidspartene i større grad binder seg til samarbeidet ved å avsette ressurser og jobbe aktivt sammen for å finne fram til felles løsninger (*Trøbbel i grenseflatene*, Fafo-rapporten 2:2020).

En viktig del av det tverrsektorielle samarbeidet er lovregulert i de ulike sektorlovene. Det pågår et arbeid med [Prop.100 L \(2020-2021\) \(regjeringen.no\)](#) som innbefatter endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator). Forslaget innebærer å endre sektorlovene¹ slik at de ulike velferdstjenestene får en tydeligere plikt til å samarbeide. Det fremgår at samarbeid mellom velferdstjenester handler om å ha klare samarbeidsstrukturer og tverrsektorielle møteplasser som gjør at de ulike velferdstjenestene får kunnskap om oppgavene til andre velferdstjenester, og kunnskap om hvilke tilbud og tjenester de tilbyr. Denne typen samarbeid er viktig for at velferdstjenestene skal være i stand til å avdekke barn og unges behov for andre tjenester så raskt som mulig, og for at de skal vite hvem som har ansvaret for å gi den aktuelle hjelpen.

Brukerperspektivet

Et godt tilbud til barn, unge og foreldre i kommunen forutsetter at brukerne involveres. De har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere dem. Retten til medvirkning følger av Grunnloven § 104 og [FNs barnekonvensjon artikkel 12 \(regjeringen.no\)](#). Den er også hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 1-6.

Som en del av brukerperspektivet forutsettes det at barn og unges erfaringer og synspunkter er med i innsiktsarbeidet og utgjør en viktig del av den videre utviklingen av veilederen. Det er viktig at den kunnskapen som barn og unge besitter blir tatt med inn i det videre arbeid. I innsiktsarbeidet ble det gjennomført intervjuer med ungdommer, brukerorganisasjoner og kompetansesenter for brukererfaring for å få fram utfordringer og ønsker som de synes er viktig å få med.

Innsikten vil være med på å tydeliggjøre hvordan det psykiske helsearbeidet ivaretar barn og unges behov og peke på de utfordringer som kan oppstå i deres møte med tjenestene.

«Tilbudet i kommunen er ikke rigget for barn og unges behov. Det er alt for stor variasjon i tilbudet. Det er forskjell på folk, derfor må tilbudet tilpasses den enkelte» (Brukerorganisasjon).

«Det er store forskjeller. Noen kommuner jobber målrettet på barn og unges arena, andre kommuner ønsker å få det til, men har ikke lyktes» (Brukerorganisasjon).

Tema som ble tatt opp i intervjuene var erfaringer med:

- Tilgjengelighet av det kommunale tilbudet for barn og unge
- Informasjon/nettsider om det lokale psykiske helsetilbudet til barn og unge
- Møte med tjenesten

- Koordinering og samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten/BUP
- Hva fungerer, og hva bør bli bedre

Funnene fra innsikt med brukerorganisasjoner, ungdomsråd og kompetansesenter for brukere blir tatt inn under de enkelte kapitlene hvor de hører hjemme.

Fotnote

1: Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosialtjenesteloven, krisesenterloven, familievernkontorloven, NAV-loven, integreringsloven, tannhelsetjenesteloven. Forslag om å inkludere skolefritidsordningen og PP-tjenesten i samarbeidsbestemmelsene i opplæringsloven.

Begreper om psykiske helseplager

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet (FHI) betegner psykiske plager som symptomer som kan gi store vansker, men ikke nødvendigvis i den grad og utstrekning at de kan karakteriseres med diagnose. Mange vil oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder, uten at dette kvalifiserer for en diagnostiserbar psykisk lidelse.

Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel [depresjon](#), [ADHD](#), [schizofreni](#) eller [bipolar lidelse](#) ([fhi.no](#)).

I tillegg brukes begreper som «sårbare barn og unge» eller «utsatte barn og unge». [0-24 samarbeidet](#) definerer utsatte barn og unge som en brukergruppe som «har problemer på grunn av dårlig fysisk eller psykisk helse, lærevansker eller språkutfordringer. De kan være født inn i eller havne i vanskelige livssituasjoner på grunn av fattigdom, bosituasjon, helseproblemer, rus eller vold. I denne gruppen er også barn og unge som har opplevd belastninger som omsorgssvikt, vold og overgrep.

I veilederen [Sammen om mestring](#) i lokalt psykisk helse og rusarbeid (2015) benyttes begreper som milde, kortvarige, langvarige, alvorlige for å skille fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighet og varighet. De samme begrepene er gjeldene i årsverks registreringen i psykisk helse og rus (Sintef IS-24/8) som har følgende beskrivelse:

Milde og kortvarige problemer betegnes som barn og unge med nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker og/eller rusproblemer, dvs. vansker på viktige livsområder som f.eks. på skolen eller sosialt.

Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser betegnes som barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk.

Alvorlige og langvarige problemer/lidelser betegnes som barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller ruslidelser med betydelig nedsatt funksjon, det vil si alvorlige problemer som varer over tid.

Det er dokumentert fra flere hold at det er uklart hva som menes med milde og alvorlige psykiske helseproblemer, at begrepene brukes og forstås ulikt, og at det er behov for en [tydeliggjøring av begrepene](#) ([ks.no](#)).

Innsiktsarbeidet viser at det er stor variasjon i hvilke begreper som benyttes for å beskrive psykiske helseplager. Det er størst variasjon i hvilke begreper som brukes i helsefremmende og forebyggende tiltak, versus tiltak som skal gi oppfølging og behandling for psykiske helseplager. Inndelingen av begrepene etter ulike nivå av utfordringene kan være med på å tydeliggjøre ansvar og rolle på de ulike nivå og ut fra alvorlighetsgrad.

Begreper knyttet til helsefremmende arenaer

Barnehage og skole er en viktig arena for sosialt samspill, og for å sikre barn og unge gode oppvekstsvilkår og grunnlag for god fysisk og psykisk helse. I barnehage, skole og på de universelle arenaene benyttes begreper som psykososialt læringsmiljø, barn og unge med særlige utfordringer eller utsatte barn og unge for å beskrive de som er i risiko for å utvikle problemer som kan lede til mangelfull læring og utvikling.

I innsiktsarbeidet ble det poengtert at de som jobber i disse sektorene ikke bør bruke begreper som vurderer eller graderer alvorlighet av vansker. Eksempelvis poengteres at «det ikke er skolens ansvar å vurdere alvorlighetsgrad av et psykisk helseproblem». Det bekreftes i prosjektet [«Skolen som arena for psykisk helse» \(udir.no\)](http://Skolen.som.arena.for.psykisk.helse.udir.no) hvor det var søkelys på å fremme psykisk helse og skape et godt psykososialt læringsmiljø.

«Utfordringen er å finne begreper som gir gode beskrivelser uten å være belastende, og som kan brukes både i skriftlig arbeid og i direkte dialog med barn, unge og foreldre» (Kommune).

Det etterspørres nøytrale begreper som beskriver situasjonen barnet eller ungdommen er i eller som fokuserer mer på mestring og fungering.

«Når man snakker om tematikken brukes psykisk helse eller mental helse. Når det er snakk om hvordan vi jobber, bruker man mer styrkebasert tilnærming, myndiggjøring, mestring, ressurstilnærming og livskvalitet» (Ungdomsorganisasjon).

I Stangehjelpa og UngArena er man også opptatt av å bruke et språk som ungdommer kjenner seg igjen i. Det presiseres at man forholder seg til alvorlighetsdimensjonen, i forhold til om det er behov for å henvise barnet eller ungdommen videre, men en bruker ikke diagnosebegreper eller begreper som kategoriserer vanskene.

«Vi bruker et folkelig språk. Er du redd eller stressa? Vi bruker ikke angst. Det er et språk de ikke kjenner seg igjen i» (Kommune).

Flere tok til orde for at det er behov for et bedre begrepsapparat som kommuniserer tydeligere med de som skal bruke tjenestene. Innsikten viste blant annet at fagfolks bruk av begreper kan være vanskelig for ungdom eller foresatte å forstå. Begrepene kan være med på å skape avstand mellom hjelperne og de som skal ta imot hjelp.

«Vi bruker mye tid på å forklare begreper for barn og unge, forklare dem forskjellen på det å være lei seg og å ha angst. Det er vanskelig for barn og unge å se forskjellen på milde og moderat eller alvorlige vansker. Hvis tjenesten er tydelig på hva tjenesten er og hvem de er til for så blir det lettere å ta imot hjelp» (Brukerorganisasjon).

Begrepsbruken gjør at det kan være vanskelig for brukerne å finne informasjon om hva som er rett hjelp for ulike psykiske helseplager. Det argumenteres for at det må være sammenheng mellom begrepene som brukes og tilbudet de skal få.

«Hvorfor kalle det noe annet enn det det er? Det er viktig å bruke begrepene rett for å sikre at brukeren får adekvat, hurtig og faglig godt tilbud i kommunen sin» (Brukerorganisasjon).

Begreper knyttet til mer alvorlige utfordringer

[Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge \(BUP\)](#) gir føringer for hvilke tilstander som skal betegnes som milde-moderate vs. moderat-alvorlige, og hvilke som gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. BUP-ene som deltok i innsikten, bruker gjennomgående begrepsapparat fra prioriteringsveilederen.

«Milde, moderate og alvorlige er vårt språk. Det står i prioriteringsveilederen. Hvis vi (BUP) vurderer at det er milde vansker og at dette må kommunen gjøre, så tenker kommunen at det er greit» (BUP).

For noen av kommunene så fremstår begrepene fra prioriteringsveilederen som uklare. De begrunner dette med at det er uavklarte ansvarsforhold mellom tjenestene og nivåene i forhold til ansvar for psykisk helse. Det er også en utfordring at kommunene ikke har et lignende begrepsapparat knyttet til alvorlighet.

«Vi har ingen felles forståelse av disse begrepene. Vi trenger en tydelighet i forhold til begrepene og hva kommunen har ansvar for. Hvis man bruker tydeligere begreper, så vil det være enklere å bli tydelig på hvem som skal ha hjelp hvor» (kommune).

Andre kommuner eller bydeler beskriver at de bruker begrepsapparat fra prioriteringsveilederen for BUP når det er hensiktsmessig, særlig i direkte samarbeid med BUP. De skiller mellom milde, moderate og alvorlige vansker.

«Vi bruker samme begreper som BUP: milde, moderate og alvorlige. I den grad vi definerer vanskene. Nå som vi har psykologer i vår tjeneste så er de vant med denne vurderingen» (Kommune).

I de kommuner eller bydeler der det er jobbet mye med ansvarsdeling og roller, som i arbeidet med samhandlingsforløp i Helse Fonna, eller der det er innført felles inntaksmøter, beskrives begrepsapparatet som relativt integrert i tjenestene. Det samme gjelder lavterskeltilbudet i Tromsø som drives på tvers av kommunen og helseforetak.

«Bruker begrepene som er innført i samarbeid med BUP, særlig etter innføring av pakkeforløp»(Kommune).

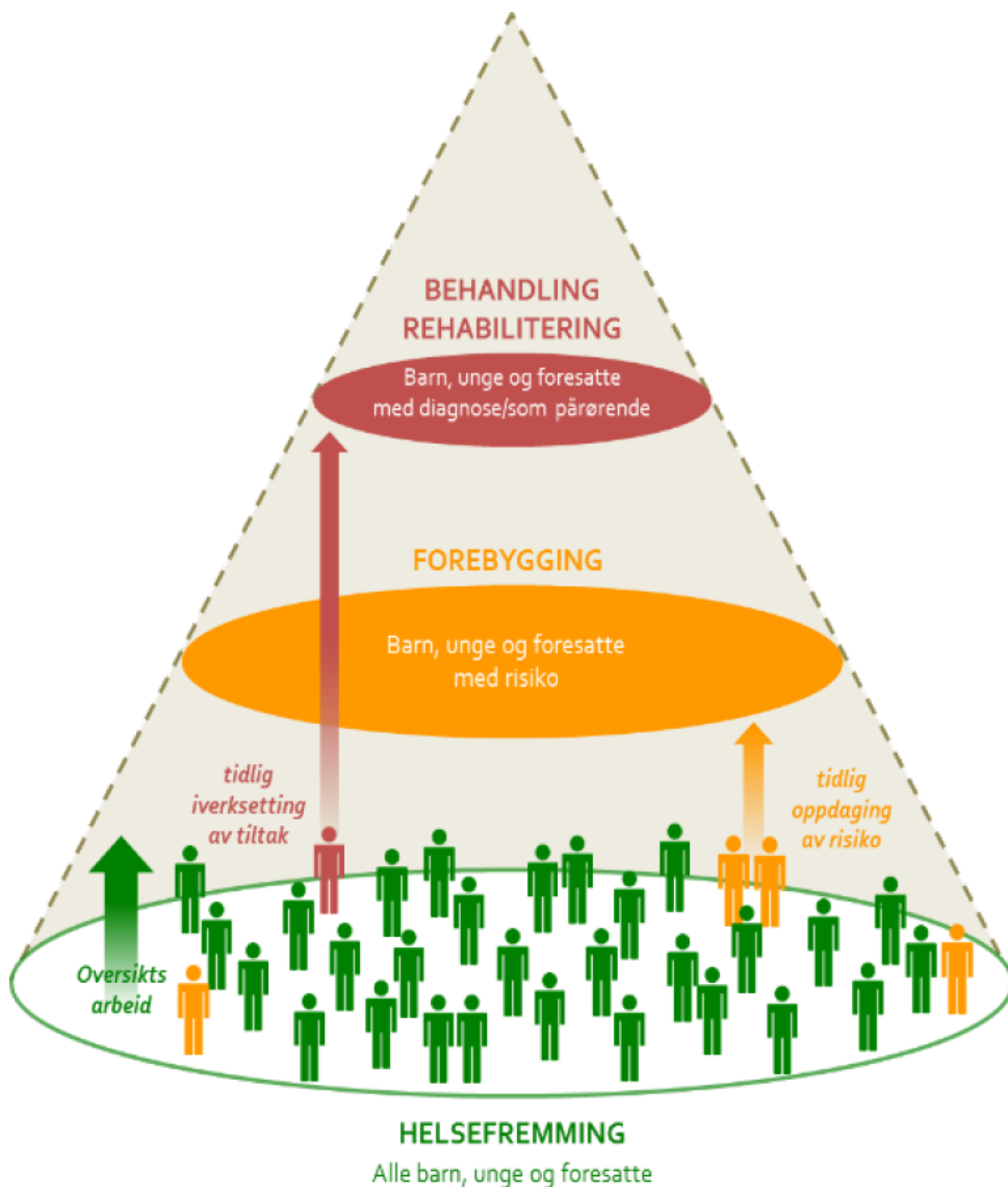
En utfordring som ble beskrevet var at forskjellig begrepsapparat kunne være et hinder i samarbeidet mellom tjenestene. Det ble pekt på et behov for å utvikle et bedre begrepsapparat som beskriver situasjonen barnet eller ungdommen er i, eller som i større grad vektlegger funksjonsbeskrivelse.

«Tjenesten bruker mye tid på å oversette BUP sine begreper opp mot barnevern, skole og andre tjenester. Vi bruker mer normalbegreper enn diagnosebegreper, men samtidig tar man alltid utgangspunkt i diagnosene barnet har fått i BUP. Vi er opptatt av begreper som beskriver barnets fungering og hva som skal til for å øke barnets livskvalitet» (BUP).

Et felles begrepsapparat

Enkelte kommuner har jobbet mye med å utvikle et helhetlig begrepsapparat på tvers av tjenestene og sektorene. Flere kommuner nevner eksempler på at de benytter grønne-gule-røde tiltak eller begreper fra tilknytningsteori (COS). Disse begrepene brukes som et verktøy for å beskrive tiltak i kommunene og for å sikre lik forståelse og ansvarsdeling mellom ulike tjenester. Det argumenteres med at det er en styrke for det helhetlige arbeidet i kommunen at man bruker samme språk i barnehager, skoler og i tjenestene for barn og unge.

I denne figuren benyttes farger som vil gjøre det mer tydelig hvem som gjør hva på hvilket nivå og ut fra hvilken alvorlighetsgrad.



Figur 1: Illustrasjon av de ulike nivåene

«Ved å benytte trekanten og fargekodene kan en få tydeliggjort det tverrsektorielle ansvar i psykisk helsearbeid for barn og unge» (Kommune).

Betydningen av felles språk og begreper kom fram i flere intervjuer.

«Viktig med klarhet i begreper. Vi har begynt med fargekoder i forhold til begrepene, grønt, gult og rødt. Hvem gjør hva på hvilket nivå?» (Kommune).

«I kommunale tjenester bruker man andre ord, som grønne, gule og røde. Grønne om å komme tidlig inn og om det universelle. Hvor mye intensitet trengs på tiltakene og hvor mye skal vi gå inn? Da snakker vi om på hvilket nivå vi er i og grad av tiltak, og kan bruke fargene grønt, gult og rødt). Når det gjelder symptomtrykk sier vi aldri at et barn er på rødt. Vi fokuserer mer på hva det krever av oss som kommune i oppfølging av tiltak» (Kommune).

Flere av intervjuene legger vekt på at veilederen bør foreslå et felles begrepsapparat for psykisk helsearbeid barn og unge som er felles på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Hvis man kunne skriftliggjort det i felles føringer, så ville man hatt et felles språk på tvers.

«Grunnholdning i samhandling er at kommune og BUP har et felles ansvar for barn og unge med psykiske helseplager. Det vi mangler kunnskap om er hvilke barn som skal ha hjelp hvor. Det trengs et felles begrepsapparat på tvers. Det finnes ingen veileder for dette. Hvordan skal vi sortere rett hjelp på rett sted til rett tid? Erfaringen er at man må oversette dette i hver enkelt sak og lage en forståelse av hvem som har ansvar for hva, men at det ikke er skriftliggjort i føringer. Det mangler tilsvarende beskrivelser som i Fonna prosjektet». (BUP).

Plan og organisering av psykisk helsearbeid i kommunen

Et sentralt spørsmål i innsiktsarbeidet var å få tak i om kommunene hadde en helhetlig tenkning eller plan omkring tilbudet til barn og unge i kommunen. Det innebærer om de har en helhetlig strategi for satsingen, om tjenestene er organisert på en helhetlig måte og om de jobber med tverrsektorielt samarbeid innad i kommunen.

«Barnefeltet er så komplekst, og det er så mange tjenester som er inne. Hvordan klare å samle dem sammen og lage en helhet i tilbudet?» (Kommune).

Helhetlig plan

Noen av kommunene har utviklet en helhetlig plan for psykisk helse eller oppvekst, som favnet alle tjenestene for barn og unge. I Oslo er det utviklet en helhetlig Strategi for psykisk helse – [En psykt bra by \(oslo.kommune.no\)](https://www.oslo.kommune.no). Haugesund hadde startet arbeidet med å utvikle en overordnet plan for psykisk helse som skulle beskrive tiltak på alle nivå, hvor fokus særlig var på helsefremmende arbeid og relasjonskompetanse på universelle arenaer. I kommuner som Gjesdal, Orkland og Færder beskrives en rød tråd gjennom alle tjenestene for barn og unge der fokus er på helsefremming og forebygging.

«Helsefremming og forebygging er solid forankret i kommuneplanen. En rød tråd fra kommuneplanens samfunnsdel og ned til de ulike tjenestene. Målet er å hindre utenforskap og sikre borgernes tilhørighet» (kommune).

Det ble beskrevet som en suksessfaktor at strategiplanen var forankret på tvers av alle tjenestene for barn og unge og at den hadde lederforankring hos oppvekstsjef.

«Helsefremming er et kommunalt ansvar – på overordnet nivå. Vi har en helhetlig oppvekstplan som staker ut planen for oppvekst. I planen ligger hva de ulike aktørene gjør og hvordan de samspiller for at fellesskapet skal ta ansvar for oppvekst» (kommune).

Det bekreftes også i [rapporten evaluering av samhandlingstiltak \(sintef.no\)](https://www.sintef.no) hvor forankring i kommunen både politisk og administrativt er en viktig faktor for å få til helhetlig satsing.

Flere kommuner vektla også betydningen av å bygge en helhetlig kompetanse på tvers av tjenestene i kommunen. I Færder kommune var fokus på tilknytningsteori og traumebevisst omsorg. Den helhetlige faglige tenkningen hadde vist seg å være viktig i evalueringen. Færder hadde også satset på Psykologisk førstehjelp som en universell kompetanse og forståelse i barnehager og skoler.

Organisering

I tråd med en rekke dokumenter viser innsikten at det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sin virksomhet for barn og unges psykiske helse. Noen kommuner velger å organisere seg i en oppvekstenhet, med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og

barnevernstjenesten. Et eksempel er Orkland der alle tjenestene er samorganisert under en leder og samlokalisert i samme bygg. Familiesenteret som hadde ansvar for oppfølging og behandling, er organisert under samme enhet som de andre tjenestene og det ble beskrevet tett samarbeid mellom instansene.

Det er ofte en sammenheng mellom organisering av tjenestene og om kommunen har en helhetlig plan eller strategi for psykisk helse barn og unge. Flere kommuner beskriver mange gode enkelttilbud, men organiseringen blir beskrevet som lite helhetlig. Tjenestene for barn og unge kan være organisert i ulike sektorer, noe som kan gi utfordringer med tanke på samarbeid internt i kommunen. I Oslo er tjenester for barn og unge organisert bydelsvis, og det er stor variasjon mellom bydelene i hvordan tjenestene er organisert. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er organisert i bydel og PPT under Utdanningsetaten. I Tromsø var tjenester for barn og unge delt på ulike avdelinger. Flere kommuner beskrev hvor sammensatt organiseringen av psykisk helsetilbudet for barn og unge var som innebar at det ble vanskelig for brukere å finne fram og vite hvem som gjør hva.

«Psykiske helsetjenester for barn og unge ligger samlet under Avdeling for oppvekst og utdanning. Under dette har vi ulike seksjoner. Både Lavterskelteamet, kommunepsykologer og helsestasjon er under seksjon for barn og familie, men i ulike enheter. Lavterskelteamet er under enheten Tverrfaglig ressurs med fysio- og ergoterapi, utekontakten, miljøtjenesten og tildelingskontoret. Kommunepsykologer og helsestasjon ligger under enheten Forebyggende helsetjenester» (kommune).

Enkelte kommuner har organisert tjenestene til barn og unge i et Familiens hus. Familien hus er et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal fremme tverrfaglighet og samarbeid, og sikre rask og helhetlig hjelp til barn og unge. Dette fremgår også i rapporten fra Bedre Tverrsektoriell samordning (BTS) som viser at noen steder er den tverrsektorielle samordningen eksplisitt uttrykt gjennom formell organisering ved at det var etablerte egne organisasjonsenheter hvor flere av tjenestene som har ansvaret for barn og unge var samlet under ett tak.

I Færder kommune inneholder Familiens hus en tverrfaglig helsestasjon og skolehelsetjeneste (fysioterapeut, ergoterapeut og jordmortjeneste), et psykisk helseteam for barn og unge, PPT, barnevernstjeneste og Fritid Færder som er et aktivitetstilbud til barn og unge. Psykisk helseteam har særlig ansvar for kartlegging og oppfølging av barn og unge med psykiske helseplager.

I Haugesund er det politisk bestemt at Familiens hus skulle utredes som mulig samordningsmodell. Hensikten var å sikre «en vei inn» til tjenestene for brukerne, at tilbudet skal være mer helhetlig og sammenhengende. Konkret ønsket Haugesund å ha fokus på å styrke etablerte tjenester og tverretattlig samarbeid i sektor oppvekst, samt å etablere en modell med tverrfaglige ressursteam som skulle jobbe tett opp mot de viktigste arenaene for barn og unge.

«Vi jobber nå med å gjøre tjenestene tydeligere og mer tilgjengelige. Vi ser på muligheten for etablering av Familiens hus med fokus på «en vei inn» og bedre samhandling mellom tjenestene. Det ble gjort et tilsyn av Deloitte som viste tydelig at det var mange gode tjenester og tilbud, men at tjenestene ikke var godt nok organisert og ikke hang sammen, og det ble påpekt mangelfull kapasitet i etablerte tjenester».

Andre kommuner har egne enheter for barn og familie. Stangehjelpa i Stange kommune er eksempel på en helhetlig satsing på psykisk helse for barn og familie, der tjenesten har ansvar for både forebygging, oppfølging og behandling. I tillegg jobber Stangehjelpa tett sammen med helsestasjon og skolehelsetjenesten, og med barnevernstjenesten som er organisert under samme virksomhet.

«Tilbudet til barn og unge er organisert under virksomhet barn og familie og omfatter tjenesten Stangehjelpa og helsestasjonstjenesten».

Tverrsektorielt samarbeid og samordning

Det tverrsektorielle samarbeidet er sektorivergripende og skjer både på system og individnivå. Samarbeidet er utfordrende da det handler om de ulike sektorenes rolle og ansvar. En rekke utfordringer i tverrsektorielt samarbeid ble blant annet beskrevet i rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (FAFO, 2020:02). Flere tilsynsrapporter fra Statsforvalterne har også synliggjort konsekvenser av manglende samordning og samarbeid mellom tjenester for enkelte barn, unge og familier.

Brukerorganisasjoner som deltok i innsiktsarbeidet, understrekte behovet for bedre samarbeid i tjenestetilbudet. Det ble vist til en rekke erfaringer med manglende eller fraværende samarbeid på individnivå.

«Jeg ble henvist til PPT i femte klasse, i forhold til lærevansker. Jeg fikk grei hjelp der. Jeg skulle ønske at skolen var mer involvert i opplegget rundt meg. Det var ingen som overførte informasjon fra PPT til skolen. Følte meg alene på skolen. Savnet at det var tettere samarbeid» (Ungdommer).

Innsiktsarbeidet gir samtidig innblikk i at det i mange kommuner er etablert et godt samarbeid og gode rutiner omkring samhandling om tilbudet til barn og unge med psykiske plager.

«Det finnes konsultasjonstjenester som er et byomfattende tilbud hvor skolen kan henvende seg og drøfte saken anonymt. Her sitter sosiallærer, barnevern, politi og psykologer. Ellers kan skolene alltid drøfte saker anonymt med barnevernstjenesten. Alle skoler har rutiner for å følge opp og varsle om bekymringer som gjelder elever, både faglige og sosiale bekymringer» (kommune).

En modell som ble beskrevet av flere kommuner var etablering av tverrfaglig team som er til stede på barnehage og skole som et støtteapparat.

«PPT har startet et nærværsteam som kan reise hjem. De skal ikke overta for saksbehandler, men skal sørge for god relasjon. Teamet er tverrfaglig, består av 4 fra PPT og 4 fra andre tjenester. De bistår når ungdommer er i fare for å falle ut av skolen. I tillegg har kommunen et ressursteam bestående av helsesykepleier, nettverkskoordinator fra barnevernet og PPT. De har regelmessige møter på alle barnehager og skoler. Det er et tilbud til foresatte. Handler om å flytte kompetanse nærmere der brukeren er fremfor å sende henvisning inn» (Kommune).

I flere av intervjuene ble samarbeidsrelasjoner beskrevet som helt sentralt for å få til godt samarbeid omkring det enkelte barn eller ungdom. Der samarbeidet fungerer er der hvor det settes av tid for å bygge relasjoner.

«Fokus på det å jobbe sammen og få felles forståelse og respekt for hverandres oppgaver, avklare ansvar mellom instansene. Vi må jobbe sammen på tvers. Det er når vi samarbeider vi kan få til gode tilbud» (Brukerorganisasjon).

I rapporten evaluering av samhandlingstiltak (SINTEF 2017), ble det fremhevet at systematikk og rutiner er en suksessfaktor for samarbeid på tvers av sektorer. Innsikten viser at mange kommuner jobbet systematisk ved bruk av ulike samhandlingsverktøy eller samarbeidsmodeller. Flere av kommunene som deltok i innsikten hadde tatt i bruk [Bedre Tverrfaglig Innsats \(BTI\) \(tidliginnsats.no\)](https://tidliginnsats.no), en samhandlingsmodell som har som mål at barn, unge og familier får nødvendig hjelp så tidlig som mulig. Hensikten med BTI-modellen er å kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen, samt å bidra til tidlig innsats, samordning og medvirkning.

«Dersom barnehagen har jobbet med tiltak gjennom stafettlogg og ikke kommer videre, kan de be om bistand. Foreløpig har det vært PPT og pedagogisk støttetjeneste de kan få bistand fra, men tanken er å utvide med helsesykepleier. Opplevs som en god rutine så langt. Psykolog på PPT er med der det er behov, både på individ eller systemnivå. En jobber systematisk i forhold til tverrfaglig innsats og det å knytte psykologkompetanse i forhold til tidlig innsats for barnehagebarn» (kommune).

Innsiktsarbeidet viser at samarbeidet er varierende både på system og individnivå. Når det manglet systematikk i samarbeidet, medførte det at hjelpen til barn og unge ikke ble godt nok koordinert. Særlig ble det poengtert at barnehager og skoler har en sentral rolle, men er avhengig av tett samarbeid med de andre tjenestene for at barn og unge skal få den støtten de trenger.

«Skolen har behov for et støttelag rundt seg, at det lages strukturer som gjør at tjenestene samarbeider og er godt koordinert for at barn og unge skal få bedre oppfølging»

I [Djupedalrapporten, NOU 2015:2 \(regjeringen.no\)](#) legges det vekt på at i et trygt psykososialt skolemiljø må det etablerte støttesystemet styrkes, og ansvars- og oppgavefordelingen tydeliggjøres.

«PPT har tilgang på riktig fagkompetanse. Man ser at det har en terapeutisk effekt at kompetansen er nær hverdagen til barn og unge. Likevel har man strevd med lavterskel tilbud i kommunen».

Samarbeid og koordinering krever også plassering av ansvar, noe som kan være utfordrende.

«Barnehage/skole kan ikke ha koordineringsansvar i enkeltsaker.»

Det tverrsektorielle samarbeidet oppleves som utfordrende ut fra de ulike sektorenes rolle og ansvar.

«Det er viktig å få til et samarbeid mellom familiesenter og barnevern for å tydeliggjøre ansvar for kartlegging i kommunen, jf pakkeforløp barnevern. Fastlegen henviser direkte til BUP og involverer i liten grad andre aktører» (kommune).

Noen kommuner har tatt i bruk innovative løsninger for å få til bedre samarbeid. Et eksempel er Asker velferdslab, som er en modell for å koordinere tjenestene til familier eller ungdom i en vanskelig livssituasjon. Med velferdslab-modellen slipper familien å forholde seg til adskilte instanser. Alle aktører (offentlige, frivillige eller private) som kan bidra til å forbedre livssituasjonen til familien, samarbeider om å finne gode, langsiktige løsninger.

Kommunens helhetlige tjenestetilbud

Kommunens ansvar for psykisk helsearbeid for barn og unge strekker seg fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til oppfølging og behandling av lettere psykiske helseplager. Det er mange ulike instanser som er involvert i psykiske helsearbeid for barn og unge. En vesentlig del av innsiktsarbeidet var å få tak i hvordan kommunene forstår og definerer dette ansvaret, hvordan de vektla de ulike delene av psykisk helsearbeid og hvordan de hadde organisert tjenestene for å ivareta ansvaret for et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid.

Helsefremming og forebygging

Helsefremmende og forebyggende arbeid må skje der barn og unge befinner seg. De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser finner vi derfor utenfor helsetjenestene. For barn og unge er dette [lokalsamfunnet, familien, fritidsarenaer, skole og barnehage \(fhi.no\)](https://fhi.no/lokal-samfunnet/familien/fritidsarenaer/skole-og-barnehage).

I innsiktsarbeidet var et sentralt spørsmål å få tak i kommunens ansvar for tidlig innsats og det helsefremmende og forebyggende arbeid.

«Ansvar for helsefremming er skole og barnehage og helsestasjon – det er ikke en tjeneste som har ansvar alene. Alle har et ansvar for helsefremming og forebygging» (kommune).

Alle kommunene beskrev at ansvar for helsefremming og forebygging særlig var knyttet til de universelle arenaene som barnehage og skole, og var et fokus i hele kommunen.

Videre var det et gjennomgående funn at helsestasjon og skolehelsetjenesten ble beskrevet som den viktigste universelle tjenesten som skulle jobbe forebyggende på system og individ nivå.

«Forebygging og oppfølging er mer et klart ansvar for helsestasjon og skolehelsetjenesten og familiesenteret! Når skal vi koble på andre som har mer kompetanse?» (kommune).

I enkelte kommuner var det tydeliggjort at helsefremming og forebygging var et ansvar på tvers av alle etater og tjenester for barn og unge. Tidlig innsats, ressurs- og mestringsfokus ble beskrevet som sentrale verdier for alle som jobbet med barn og unge. Målet var at kompetansen skulle bygges på så lavt nivå som mulig, for å sikre at det ble satt inn tiltak før problemer utviklet seg. Tjenester som barnevern og PPT ble beskrevet å ha et tydelig forebyggende fokus.

«PPT skal jobbe forbyggende – ikke bare å fange opp, men også bygge grunnmuren (det universelle). Gjennom satsing på BTI er fokus å flytte ressurser og kompetanse nærmest mulig barnet og få til tidlig innsats. Eksempelvis har man satset på kompetanse nær barnet ved å ansette spesialpedagoger i alle barnehager. En rød tråd i kommunen å flytte tilbudet nærmere brukeren og å bygge på det helsefremmende. Barneverntjenesten har gjennom eget forsøk opprettet egne forebyggende stillinger. To ansatte arbeider forebyggende i skoler og barnehager, med å gi informasjon og dele kompetanse med barn, ungdom, foreldre og ansatte» (kommune).

Kunnskap og kompetanse i å avdekke

En viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet er ansvar for å identifisere barn og unge med ulike utfordringer. Det innebærer at de som arbeider med barn og unge bør ha kunnskap og kompetanse om

faktorer som kan påvirke den psykiske helsen hos barn og unge. Retningslinjen [Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge](#) retter seg mot barnehage, skole, helsestasjon og skolehelsetjenesten, og andre instanser som har en viktig oppgave i tidlig oppdagelse av barn og unge med utfordringer og/eller sårbarhet. Retningslinjen har anbefalinger om hvilke beskyttelses- og risikofaktorer, tegn og signaler som kan gi grunn til bekymring for at barn og unge lever i en risikosituasjon, basert på bl.a. omsorgssituasjon, samspill, fysiske tegn og signaler. Veilederen bør bygge videre på dette arbeidet og få frem kunnskap om risikofaktorer for psykisk helseplager, rusproblematikk, vold og overgrep.

«Det er tidlig identifikasjon som er utfordringen. Alvorlige tilstander blir ofte ikke plukket opp av skole og helsesykepleier fordi ungdommen ikke tar det opp med dem» (Brukerorganisasjon).

Kompetanse i å avdekke handler også om samhandlingskompetanse, det vil si kunnskap om samarbeidspartners kompetanse og det tjenestetilbudet de gir, hvordan man kan kontakte og kople på andre tjenester.

Fra et brukerperspektiv ble det påpekt at det er viktig at skolen har kompetanse om psykisk helse, herunder kompetanse i å snakke med barn og ungdom om psykiske helseplager og kunnskap om hvor de kan henvise barn/ungdom som trenger oppfølging og behandling.

«Ungdom opplever voksne og lærere som veldig redde. De sier at «du må få hjelp på BUP» i stedet for at «jeg vil høre på deg». Voksne må tørre å snakke med ungdommene om hvordan de har det. De må forstå at det ikke er skummelt, og at det er hjelpsomt å få snakke om det» (ungdommer).

«Det viktigste er at skolen har noen de kan kontakte og sende barnet/ungdommen til. At skolen ikke blir hjelpeløse, fordi de ikke vet hva de skal gjøre for å hjelpe dem som sliter psykisk. Det ville hjulpet hvis skolen hadde noen de kunne henvise til i kommunen» (ungdommer).

Flere peker på behovet for kompetanse om psykisk helse i andre sektorer enn helse, ikke bare i barnehager og skoler, men også i fritidsklubber og fritidstilbud for barn og unge. Organisasjonen Ungdom og fritid har et prosjekt om «ungdomsledelse» der fokus er kompetanseheving på medvirkning; hvordan styrke ungdom i eget liv og som aktive samfunnsborgere. Dette er positivt for psykisk helse og rusutfordringer, ved at ungdommene opplever mestring, mening og tilhørighet.

Tilbakemelding fra ungdomsklubbene er at ungdomsarbeiderne synes det er vanskelig å vite hvilket ansvar de har hvis de oppdager at en ungdom sliter. De lurer også på hvem de skal ta kontakt med dersom de blir bekymret for en ungdom. Det beskrives også som en barriere at ungdomsklubber er organisert i annen sektor enn helse, og at det generelt er lite samarbeid mellom kultur og helsesektor. Det etterlyses føringer for hvilket ansvar fritidssektor har i forhold til forebygging og tidlig oppdagelse av psykisk helse. Samtidig påpekes det at ansvaret for psykisk helse ikke kan pålegges frivillig sektor.

Tidlig innsats i kommunale tjenester

Kommunes ansvar for helsefremming og forebygging omhandler det å sette inn tiltak på et tidligst mulig tidspunkt. Et gjennomgående funn i innsikten var at kommunene var opptatt av og hadde organisert tjenestene med tanke på tidlig innsats. Det var viktig å sikre at kompetansen var nærmest mulig barnet og at de ulike tjenestene samarbeidet for å gi oppfølging til barn og unge som viste tegn eller signaler som gav grunn til bekymring. Tidlig innsats blir her beskrevet som det å gjøre kartlegginger og vurderinger og iverksette tiltak.

Flere av kommunene som deltok i innsikten viste til at de brukte BTI modellen for å jobbe systematisk omkring tidlig oppdagelse og tiltak. Modellen består av fire nivåer hvor nivå 0 beskriver prosedyrer og aktiviteter som skal bidra til å identifisere utfordringer, nivå 1 beskriver arbeid med å gjennomføre tiltak i egen tjeneste, nivå 2 beskriver samarbeid mellom to tjenester og nivå 3 beskriver kompleks samarbeid mellom flere tjenester.

«Jobber systematisk etter BTI modellen når barn og unge har psykiske helseplager; kartlegger utfordringer og setter inn tiltak. Hvis det er behov for mer oppfølging, etableres tverrfaglig team, stafettlogg og stafettholder. Viktig at tiltak evalueres. Det settes alltid inn tverrfaglig team rundt barn som strever» (kommune).

Kommunens arbeid med tverrsektorielt samarbeid er allerede beskrevet i kapittel 3 og vil også beskrives under tverrsektorielt samarbeid mellom kommune og BUP i kapittel 5.

Tilgjengelig lavterskeltilbud

I intervjuer med brukerorganisasjoner og Barneombudet ble tilgjengelighet av tjenestene vektlagt som viktig for barn og unge. Tilgjengelige tjenester kunne være tjenester som hadde åpningstid når ungdom trenger det, eller digitale tjenester og chattefunksjoner.

«Tilgang på tjenester er viktig. Tjenestene for barn er lite tilgjengelig når barn og unge trenger det. Tilgjengeligheten kan ikke styres av en overordnet mal. Tilgjengelighet handler om å være tilgjengelig der ungdom er, når ungdom har tid og på digitale flater» (Brukerorganisasjon).

Digitale lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud kan være digitale nettsteder hvor barn og unge kan få informasjon eller chatte. Organisasjonen Barn av rusmisbrukere har eksempelvis chattetjenesten [Barsnakk \(barnavrus.no\)](https://barsnakk.barnavrus.no) hvor ungdom tar kontakt for å snakke med noen om det som de synes er vanskelig og utfordringene som de har med foreldre eller omsorgspersoner.

DIGI-UNG programmet har som formål å samle tilgjengelige digitale tjenester for ungdom på et sted og videreutvikle digitale hjelpetjenester på ungdommenes premisser. Dagens fragmenterte tilbud ønskes samordnet under en overordnet brukerflate som tilbyr tjenester på flere nivåer, på tvers av sektorer og som er koblet til relevante offentlige og frivillige aktører. Målgruppen er ungdom i alderen 13 til 20 år. Ungdommer skal ha flere muligheter å få informasjon, drive selvhjelp og motta hjelp på, i tråd med deres brukermønstre og gjennom sømløse brukerreiser.

Alt som utvikles under DIGI-UNG programmet gjøres tilgjengelig via en felles inngang på ung.no som er allerede svært godt kjent og brukt blant ungdom. Ungdom som trenger informasjon, kan lese artikler, [sende inn spørsmål](#) til et fagpanel og snart kunne søke opp den nærmeste helsestasjon eller legevakt (og flere tjenester etter hvert). De som trenger noen å snakke med, kan velge blant et mangfold av [anonyme chat-tjenester](#) og de vil også kunne benytte seg av ulike selvhjelpsverktøy som det jobbes med å få på plass. De som trenger individuell hjelp utover dette vil også få mulighet til å [logge seg på og bestille time i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(ks.no\)](#) (og flere tjenester etter hvert), samt gjennomføre videokonsultasjoner for de over 16 år.

Figuren under viser en illustrasjon av den funksjonelle arkitekturen som er underlagt DIGI-UNG programmet. Det er mulig å lese mer om forarbeidet rundt DIGI-UNG i rapporten [Ungdomshelse i en digital verden](#) som viser resultater fra innsiktsarbeid (del 1) og forslag til funksjonaliteter (del 2).



Figur 2: Funksjonell arkitektur under DIGI-UNG programmet

Lavterskeltilbud i helsestasjon og skolehelsetjenesten

I følge Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten, skal alle barn og ungdom ha et lett tilgjengelig **lavterskeltilbud** i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Lavterskelbegrepet benyttes her for å tydeliggjøre at barn, ungdom og deres foreldre skal kunne henvende seg uten avtale eller henvisning (drop-in). For å sørge for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud skal tjenesten sørge for åpningstider som er tilpasset målgruppen og formålet med tjenesten. Helsestasjon for ungdom bør vektlegge tverrfaglig samarbeid med ulike instanser. Tilbudet bør lokaliseres på steder der det er enkelt for unge å oppsøke, og åpningstidene bør være tilpasset ungdommens behov.

«Helsestasjon for ungdom som et lett tilgjengelig tilbud. Kommunen har et lavterskeltilbud gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Det handler om å ta i bruk systemer vi har og gjøre det kjent. Vi har en vie inn til lavterskeltilbud» (kommune).

At helsesykepleier var tilgjengelig for barn og unge, ble fra et brukerperspektiv vektlagt som noe av det viktigste.

«Viktig at helsesykepleier er tilgjengelig, at de viser at de er til stede og vil prate med barn og unge på skolen. De må være synlige for at terskelen skal bli lavere i forhold til å søke hjelp. De må både vise seg og fortelle at de er tilgjengelige for barn og unge, og at man kan snakke med dem både om små og store ting» (Ungdommer).

Både brukerorganisasjoner og ansatte i kommuner så på helsestasjon og skolehelsetjenesten som veien inn til hjelpetjenestene eller som «kontaktpunkt» for barn og unges psykiske helse. Helsesykepleier ble beskrevet å ha en nøkkelrolle når det gjelder å kunne kople på andre tjenester innad i kommunen. I flere kommuner var det satset på at helsesykepleiere fikk kompetanseheving og veiledning fra psykolog.

En forutsetning for at helsestasjon og skolehelsetjenesten skal ha en sentral nøkkelrolle, er at helsesykepleier har andre tjenester å henvise til ved behov. Mange opplevde det vanskelig å vite hvor grensen gikk for hva som var innenfor helsesykepleiers mandat.

«Helsesykepleiere har kontakt med barn og unge over tid. Det drøftes om enkelte barn og unge går for lenge i samtaler hos helsesykepleier. Når skal helsesykepleier si at det trengs et annet tilbud? Hvordan skal helsesykepleier vite om det er tegn på mer alvorlige plager? Når skal stafettpippen sendes videre?» (kommune).

Lavterskel psykisk helsetilbud i kommunen

Lavterskeltjenester innen psykisk helsearbeid defineres som tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, er tilgjengelig for alle og har åpningstid tilpasset målgrupper og formål (Helsedirektoratet 2008). Behovet for lett tilgjengelige psykisk helsetjenester ble understreket i Barneombudets rapport [«Jeg skulle ha hatt BUP i en koffert» \(barneombudet.no\)](#) og i UKOM sin rapport om uavklart tilstand.

«Ungdommene sier at det viktigste er at de får hjelp, ikke hvor de får hjelp. At de får hjelp når de trenger det!» (Brukerorganisasjon).

«Hvor tilgjengelig er hjelpen? Når er tjenestene tilgjengelig? Når er helsesykepleier tilgjengelig?» (UKOM).

I innsiktsarbeidet ble en rekke lavterskel psykisk helsetilbud beskrevet nærmere, herunder: UngArena, Stangehjelpa, Oslohjelpa og Lavterskelteamet i Tromsø.

UngArena er et lavterskeltilbud med fokus på psykisk helse, for barn og unge 12-25 år. Tilbudet vektlegger at ungdom selv skal sette premissene, at det er en dør inn, at det ikke er ventetid, at tilbudet er lett tilgjengelig, at det er gratis og at ungdommene kan være anonyme. I Ung Arena i Oslo er det psykolog til stede hver dag som samarbeider med andre fagpersoner og unge erfaringskonsulenter i senteret. Organiseringen av Ung Arena ble av brukerorganisasjoner trukket frem som et veldig godt eksempel på hvordan ungdom ønsker at tilbudet skal være, og ble beskrevet som:

«Det er kombiløsningen som fungerer for ungdom, der man tilbyr både fritidsklubb og psykisk helsetjeneste i samme opplegg» (Brukerorganisasjon).

I flere intervjuer ble det sagt at UngArena videreutvikles for "å dekke gapet mellom første og andre linje". Det første nivå innebærer å komme på arrangementer eller få informasjon, neste nivå er noen samtaler, og tredje nivå er oppfølging over tid for de som har behov for det og har mer alvorlig problematikk. Det ble samtidig problematisert at enkelte UngArenaer ikke har tilstrekkelig kompetanse eller ressurser til å kunne gi et tilstrekkelig tilbud til de som trenger oppfølging over tid. For å kunne være et lavterskeltilbud, må tjenesten da kunne henvise videre til andre tjenester ved behov.

Stangehjelpa er et lavterskeltilbud som er sammensatt av ulike faggrupper; psykolog, familieveileder, pedagog og som gir hjelp til barn, unge, familier og voksne. Stangehjelpa kan tilpasse tilbudet til brukerens behov og gir både kort og langvarig hjelp ut fra ønsker. Stangehjelpa informerer aktivt om og markedsfører tjenestene sine via skolene og foreldremøter. Ifølge [brukerundersøkelsen \(kbtkompetanse.no\)](#) opplever ungdommene at dette «ufarliggjorde det å søke hjelp». Evalueringen viste også at ungdommer opplever et positivt møte med tjenesten, at det er lett å få kontakt og bytte behandler ved behov, og at de fikk være der over tid.

«Et godt eksempel er Stangehjelpa. De kommer på skolen og er tilgjengelige. De informerer om tjenestene via skolene og ungdommene får vite at det bare er å ta kontakt. De har gruppetilbud hvor ungdom kan komme. Stangehjelpa er oppsøkende og markedsfører tilbudet» (Brukerorganisasjon).

Oslohjelpa bygger på Stangehjelpa og er et forebyggende tilbud til familier med barn og unge fra 0-6 år i flere bydeler i Oslo. Tilbudet er gratis, og det er ikke behov for henvisning. Det er et tilbud for de som ønsker råd og veiledning om barnet/ungdommen, om foreldrerollen, eller om egen relasjon til partneren. Hjelpen kan komme

fra helsesykepleier, familierapeut, spesialpedagog, ansatte i NAV, ansatte i barnevernstjenesten og barnehager. De jobber sammen for å gi riktig hjelp så raskt som mulig.

Lavterskelteamet Tromsø er et lavterskelteam hvor hovedkompetansen ligger på psykisk helse og behandling. Barn, ungdom og foresatte kan henvende seg til Lavterskelteamet uten henvisning for rask konsultasjon, hjelp og samtaler. Også fagpersoner eller andre som er bekymret for barn eller ungdoms psykiske helse kan henvende seg for konsultasjon. Teamet tilbyr kartlegging av psykisk helsetilstand og livssituasjon, avklaring av videre behandlingsbehov, samt kortvarig samtaletilbud der dette antas å være tilstrekkelig. Utgangspunktet er at teamet skal tilby en ramme på 5-6 konsultasjoner, og evt. henvise videre ved behov for mer langvarig oppfølging.

«Tanken er at lavterskeltilbudet skal ta gruppen milde-moderate. Men vi forholder oss også til tidsbegrep, da lavterskeltilbud ikke skal ta de med langvarige vansker».

Mottaksenhet Asker kommune er en felles mottaksenhet for alle henvendelser til kommunen som gjelder psykisk helsehjelp. Her kan barn, ungdom eller foresatte ta direkte kontakt og få hjelp eller veiledning. Ved mottaksenheten jobber veiledere som kartlegger behov og veileder videre i hjelpeapparatet. Vurderingen kan gjøres på telefon eller det kan avtales samtaler. Mottaket gjør en vurdering av hva som er rett hjelp og setter barnet/ungdommen i kontakt med aktuell tjeneste i kommunen. Ved behov for henvisning til BUP, lager mottaksenheten et notat som sendes fastlege som vedlegg til henvisning. Ordningen sikrer dermed at barn, ungdom og foresatte har én dør inn til tjenestene, at tilbudet har lav terskel ved at de kan ta direkte kontakt og er lett tilgjengelig.

Lavterskel begrepet ble også benyttet om en rekke andre tilbud kommunene kan ha. I intervjuene ble det beskrevet eller etterlyst en rekke lett tilgjengelige og fleksible tilbud for ungdom som «gatepsykologer», «skolepsykologer», BUP på skolene, FACT team, sosialarbeidere eller miljøarbeidere på barn og unges arenaer, utekontakter, ungdomsloser eller andre oppsøkende team/tjenester. Et gjennomgående tema var at barn og ungdom trenger mer oppsøkende og tilgjengelige tjenester.

«Det må flere ressurser på det laveste nivået – på skolen – der barn og unge er. Mange trenger en trygg voksenperson å snakke med. Miljøarbeidere på skolen vil vært en styrke. De unge ønsker seg skolepsykolog eller BUP på skolen. De ønsker fleksible tjenester» (Brukerorganisasjon).

Innsikten viser at det eksisterer flere ulike definisjoner av begrepet lavterskeltilbud innenfor psykisk helsearbeid. Det er stor forskjell på lavterskeltilbud som Helsestasjon for Ungdom og Ung Arena som skal være relativt uforpliktende og tilbyr drop-in, og tilbud som Lavterskelteamet i Tromsø som først og fremst er en vurderings- og behandlingsinstans. I Barneombudets rapport benyttes lavterskel psykisk helsetjeneste for å beskrive det tilbudet kommunen bør ha i forhold til psykisk helse, herunder også oppfølging og behandling. Innsikten viser derimot at de fleste kommuner skiller mellom et lavterskeltilbud og et oppfølgings- og behandlingstilbud. Variasjonen synliggjør et behov for en innholdsmessig avklaring av hva lavterskeltiltak og lavterskeljenester faktisk er. Særlig trengs en avklaring av om lavterskelbegrepet først og fremst skal brukes for å synliggjøre kvaliteter ved tjenesten (lett tilgjengelig, uten henvisning, drop-in) eller om begrepet også skal knyttes til innholdet i og varighet av tilbudet som gis (eksempelvis kortvarig oppfølging og behandling).

Oppfølging og behandlingstilbud i kommunen

Innsiktsarbeidet viser stor variasjon i hvordan kommunene har definert ansvar for oppfølging av barn og unge med psykiske helseplager. Det er både variasjon i *om* det tilbys oppfølging og behandling, *hvordan* tilbudet er organisert og *hvilke tjenester* som tilbyr oppfølging og behandling i kommunen.

Innsikten underbygger tidligere beskrivelser og rapporter som viser at det kommunale ansvaret for psykisk helse løses ulikt fra kommune til kommune. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, Prop.121 S (2019-2024) viser til at mange kommuner har lyktes med å etablere gode hjelpetilbud, men det er store variasjoner mellom kommunene. Det fremgår at mellom 11 og 20 prosent av kommunene oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsdeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker.

«Vi klarer ikke svare på spørsmålet om hvem i kommunen som har ansvar for eller eier psykisk helse barn og unge. Det er ingen enhet som har et overordnet ansvar for barn og unge med psykiske helseplager» (Kommune).

Et tydelig funn i innsiktsarbeidet er at både brukere, kommuner og BUP-er etterspør en tydeliggjøring av hva kommunens ansvar for oppfølging og behandling innebærer; *Hvilke tjenester skal ha ansvar for behandling i kommunen og hva bør tilbudet være?* Det ble poengtert at det manglet «føringer», «en ramme» eller et «minste felles multiplum» som beskriver hva det enkelte barn eller ungdom kan forvente av et tilgjengelig tilbud i kommunen/bydelen. I et brukerperspektiv påpekes det at manglende rammer gjør at tilbudet er for «ullent», og at det da er vanskelig å vite hva man kan forvente og hva man kan klage på.

«Hva mener staten at skal være et minstetilbud psykisk helse for barn og unge? Hva kan en forvente å få fra kommunen, uavhengig av om det er en stor eller liten kommune? Hva er kommunenes faktiske ansvar sett med myndighetenes briller» (Brukerorganisasjon).

Flere kommuner hadde en tydelig trappetrinnsmodell for tiltak hvor det skilles mellom et lett tilgjengelig lavterskeltilbud og et mer målrettet oppfølgings og behandlingstilbud, som innebærer at det koples på en annen tjeneste i kommunen eller psykolog når barnet eller ungdommen har behov for behandling. Noen kommuner har lavterskeltilbud som også gir langvarig oppfølgningstilbud. I andre kommuner mangler enkelte ledd av tilbudet, eksempelvis «sjiktet mellom helsestasjon og BUP».

«Mange kommuner tenker at det kommunale tilbudet handler mer om forebygging enn behandling, og lar BUP ta seg av behandlingen. Hvorfor er det så mye motstand mot å «yte behandling»? Kommunene fikk det ansvaret for 10 år siden, men lite har skjedd. Alt for mange lar det rusle og gå til problemene blir så alvorlige at det kan sendes til BUP» (Brukerorganisasjon).

Andre kommuner manglet en slik differensiering eller manglet tilbud til enkelte grupper. Ansvaret for psykisk helsetjeneste var fordelt på flere instanser uten at det var tydelig hvem som hadde hovedansvar.

«Ansvaret kan ligge under forebyggende enhet, eller det kan ligge under helsestasjon og skolehelsetjenesten, eller under psykologressursene som er fordelt utover. Det er ingen felles organisering. Kommunen har ingen psykisk helsetjeneste for barn og unge. Hvem har hovedansvar? Det er ingen. Alle har ansvar for litt» (kommune).

Noen beskrev at de hadde et tilbud til de med lette vansker, men at det manglet tilbud til de med moderate utfordringer eller behov for oppfølging over tid. I Oslo var tilbudet forskjellig fra bydel til bydel. Enkelte bydeler hadde et differensiert tilbud med for eksempel OsloHjelpa og UngArena, mens i andre bydeler manglet det tilbud mellom helsestasjon og skolehelsetjenesten og BUP. Sjiktet mellom helsestasjon og BUP ble beskrevet som fraværende i flere kommuner. Det ble av flere etterspurt «hvem som skulle ta ballen hvis BUP ikke gjør det», og hva som skulle være tilbudet mellom lavterskeltilbudet og BUP.

«Det er behov for tydelighet når det gjelder begrepene og hva kommunen har ansvar for. Hvem skal «sitte i det» langvarige? Helsestasjon og familiesenter kan ikke «sitte i dette» over tid» (kommune).

Noen kommuner beskrev at de hadde et familiesenter eller en psykisk helsetjeneste "hvor kjernen av psykisk helsearbeidet lå "og som hadde spesielt ansvar for oppfølging og kurative oppgaver. Disse kommunene hadde

tydelige føringer for hva som er de ulike tjenestenes ansvar for oppfølging av barn og unge på de ulike nivåene, og ansvaret var tydeliggjort internt slik at tjenestene visste når de skulle kople på hverandre.

«Helsestasjon er et klart helsefremmende og forebyggende tilbud. De kobler på familiesenteret når det er mer alvorlig og behov for mer oppfølging» (kommune).

I kommuner som hadde et psykisk helseteam eller familiesenter var teamet tverrfaglig sammensatt med både psykolog, barnevernspedagog og helsesykepleier.

«Ved lettere psykiske helseplager er det helsesykepleier som har samtaler med barn/ungdom, så sant de har verktøya som trengs i den konkrete saken. Psykisk helseteam i kommunen med tverrfaglig sammensetning gir samtaler ved behov for behandling og oppfølging» (kommune).

I flere kommuner var det fokus på å se psykiske helseplager i et bredt perspektiv og i en familiekontekst. Det ble tilbudt både samtaler til barnet/ungdommen, veiledning til foresatte eller familiesamtaler.

«Psykisk helse er først og fremst et familietilbud, se psykiske helseplager i en familiekontekst og jobbe med familien» (kommune).

I flere kommuner hadde lavterskeltilbudet for barn og unge også ansvar for oppfølging og behandling for psykiske helseplager. Et eksempel på dette er Stangehjelpa som er en lavterskeltjeneste som jobber på alle nivå av tiltak. Barn, unge og foreldre har et lett tilgjengelig tilbud som kan gi både kortvarig og mer langvarig hjelp, og som kan henvise videre ved behov.

«Stangehjelpa jobber både med forebygging, oppfølging og behandling. Vi jobber tett med helsesykepleier. De sitter fysisk i samme hus. Vi jobber så lenge i en sak som det er hensiktsmessig og så lenge brukeren selv har behov for hjelp».

Frem til 2020 hadde Helsedirektoratet ansvar for en tilskuddsordning for å styrke psykologkompetansen i kommunene. Da psykologkompetansen ble lovfestet fra 2020, ble finansiering lagt inn i rammen til kommunen. Det er ingen klare føringer på at barn og unges psykiske vansker skal være en prioritert oppgave for psykologer i kommunene.

I innsiktsarbeidet fremkom det ulike modeller for hvordan psykologkompetansen ble brukt i tilbudet til barn og unge. Enkelte kommuner hadde kommunepsykologer på systemnivå som «ikke jobber kurativt, bare på system». Andre kommuner hadde psykologer, men bare tilknyttet tjenester for voksne. Både brukerorganisasjoner, kommuner og BUP understreket behovet for psykologkompetanse i det psykiske helsetilbudet til barn og unge. Det etterspørres også en tydeliggjøring av hvilke ansvar og rolle psykologene skal ha i forhold til behandlingstilbudet i kommunen.

«Kommunepsykologer er organisert så forskjellig, noen jobber på individnivå og andre på systemnivå i ledelsen eller rådmannens stab. Noen steder er psykologer med på å øke tilgjengeligheten av tilbudet til barn og unge» (Brukerorganisasjon).

Flere av kommunene som deltok i innsiktsarbeidet hadde satset mye på psykologer i tjenester for barn og unge. Gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning for styrking og utvikling av kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste, kan kommunene søke om lønnstilskudd til blant annet helsesykepleier og psykolog. Flere av kommunen viste til at de hadde fått lønnstilskudd til psykologene over denne ordningen.

I Haugesund kommune jobber tre psykologer på Helsestasjon og i skolehelsetjenesten. I bydel Gamle Oslo var 4 psykologer ansatt i helsetiltak for barn og unge, hvor de jobbet både med veiledning, oppfølging og på systemnivå, i helsestasjon og i skolehelsetjenesten og på UngArena. I de kommunene som hadde tilsatt psykologer i tjenestene for barn og unge, ble dette trukket frem som en betydelig faglig styrking av tilbudet.

«Alle kommuner med 20 000 innbyggere burde hatt 2 psykologer som jobbet lavterskel overfor barn og unge, uavhengig av utfordringsbilde» (Brukerorganisasjon).

Med psykologkompetanse i tjenestene får man en nær kobling mellom helsefremmende og forebyggende tilbud, og et oppfølgings og behandlingstilbud i kommunen. Det poengteres også at psykologkompetansen brukes på en måte som kommer mange barn og unge til gode, ved at psykologene veileder og bistår helsesykepleierne i sitt arbeid. Kommuner beskrev at psykologene fordelte ressursene sine på ulike oppgaver, hvor de jobbet både på overordnet systemnivå, med veiledning og med direkte oppfølging og behandling.

«Psykologene jobber med å tydeliggjøre tilbudet sitt, hva som skal være psykologens rolle og ansvar. Heller enn å overta saken, må vi bruke tid på å veilede helsesykepleier og skole. Det vil kreve mer ressurser, men gir større gevinst over tid» (kommune).

Det at psykologene har kompetanse til å kartlegge og vurdere alvorlighet av psykiske helseplager, og har henvisningsrett til BUP, ble trukket frem som en særlig styrke av tjenestene. Det fremkom også i flere intervjuer at psykologene hadde god forståelse av prioriteringsveilederen og var god på å vurdere hva som var rett hjelp for det enkelte barn eller ungdom.

«Nå som vi har psykologer i vår tjeneste så er de vant med denne vurderingen, slik at de kan vurdere om det skal henvises. Da kan det drøftes raskere så lenge vi har den kompetansen»(kommune).

Ifølge Barneombudets rapport (2020) er det kommunale tilbudet til barn og unge underdimensjonert og mange kommuner er ikke i stand til å gi det tilbudet barn og unge har krav på. I tråd med dette, viste innsikten gjennomgående at aktørene hadde en opplevelse av at det var behov for mer kapasitet og kompetanse enn det kommunen kunne tilby. Flere kommuner reflekterte over behovet for å dimensjonere tilbudet riktig, særlig var det utfordrende å ha tilstrekkelig ressurser til å jobbe både helsefremmende, forebyggende og samtidig tilby oppfølging og behandling til de som trengte det.

«Vi har ikke kunnet informere så mye om tilbudet da man er redd for overbelastning. Vi er i ferd med å bli en liten «mini-BUP». Det er en utfordring i forhold til kapasitet og andre oppgaver. Det er viktig å få på plass en rolleavklaring. Det skal være et lavterskeltilbud, men det må sorteres og siles hvem som skal ha hjelp av hvem» (kommune).

Innsikten viser også at å ha et tilgjengelig tilbud med tilstrekkelig kapasitet i kommunen, ikke hadde sammenheng med kommunens størrelse. Det avgjørende var om kommunens ledelse hadde valgt å satse og bygge opp et tilbud eller ikke. Det ble også poengtert at det var stor variasjon innad i store kommuner. Brukerorganisasjoner påpekte at i kommuner der det er bygd opp tilbud til barn og unge, så brukes det mye mindre ressurser på stillinger for barn og unge enn tilsvarende for voksne.

En utfordring som beskrives er at psykisk helsetilbud i kommunene er basert på prosjekter og tilskudd, og dermed kan bli lite stabile.

«Kommunen strever med at tilbudene er flyktige. De vet ikke om de får tilskudd neste år, for eksempel til UngArena. Kommunene har så stor selvvråderett og det kan bli ustabil» (BUP).

Samlet viser innsikten at det er behov for tydeligere føringer på hvilket ansvar kommunen har for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske helseplager, og hvilke tilbud innenfor psykisk helsehjelp som skal

være tilgjengelig på kommunalt nivå. Innsikten viser også at det er behov for å avklare hvem som skal ha et overordnet behandlingsansvar i kommunen. Det pekes også på behov for avklaring av hva som er psykologenes rolle i det psykiske helsetilbudet til barn og unge.

Samtidig ble det påpekt at det er store forskjeller mellom kommuner i størrelse og organisering, og at det kan være vanskelig å gi samme føring til små og store kommuner. Det anbefales at man tar høyde for befolkningstetthet, reisevei og geografi. Alle kommuner bør ha et psykisk helsetilbud, men det må være åpning for at behovet kan dekkes ved tjeneste på tvers av kommune og BUP, eller større enheter basert på interkommunalt samarbeid.

Fastlegens rolle i psykisk helsearbeid

Fastlegen har ansvar for å utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser (jf helse og omsorgstjenesteloven §3-2) og skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten når det er nødvendig. Fastlegen skal også samarbeide med andre kommunale helse og omsorgstjenester ved behov, jf. Fastlegeforskrift § 8. Fastlegen har således en svært sentral oppgave i å være en døråpner til psykisk helsetilbud og blir ofte beskrevet som en «portvakt» mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

For barn og unge kan fastlegen være en sentral og viktig aktør som sikrer at de får god hjelp.

«Mitt første møte med kommunale tjenester var fastlegen, og da fikk jeg god hjelp og ble henvist videre til BUP. Jeg følte at han visste hva han skulle si og gjøre for å hjelpe. Han var der hele tiden mens jeg ventet på tilbud i BUP» (Ungdom).

«Barn og unges vei inn til helsetjenestene er via helsesykepleier eller fastlege. Det er ikke så mange andre veier. Eventuelt via andre tjenester som PPT eller barnevernstjenesten» (Brukerorganisasjon).

Innsikten viser imidlertid at brukerne har ulike erfaringer med å oppsøke fastlegen for å få hjelp. Særlig ble det rapportert som en utfordring at mange ungdom synes det er vanskelig å selv oppsøke fastlegen dersom de har behov for helsehjelp. Det må bestilles time og det er ofte ventetid. En annen utfordring som fremkom var at fastlegen i stor grad henviste til BUP, mens ungdommer tenkte at de gjerne ville ha hjelp i kommunale instanser uten ventetid.

«Ungdom oppsøker ofte ikke fastlege selv. Dersom de oppsøker fastlegen, beskrives det som en utfordring at fastlege har ventetid og at det tar tid før andre tjenester blir koplet på, eksempelvis ventetid til BUP. Vi trenger hjelp der og da, det er alt for mye ventetid!» (Brukerorganisasjon).

Samtidig påpekes fra flere BUP ledere at det er viktig at henvisning går via fastlegen og at fastlegen må sikre en bred vurdering av barnet/ungdommen før henvisning, og særlig vurdering av somatikk.

«Fastlegen har et helhetlig perspektiv. I en stor andel av saker som henvises til BUP kan psykiske symptomer forklares somatisk. Vi må ikke lage snarveier til BUP uten at henvisning går via fastlege. Alltid viktig at fastlegen får gjort en vurdering» (BUP).

Fastlegens rolle som portvakt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ble problematisert i flere av intervjuene. Når fastlegen henviser til BUP, mangler ofte informasjon om tilbudet i kommunale tjenester og hva som er prøvd i forkant av henvisning. Gitt at hovedregelen er at barn og unge skal kartlegges i kommunale tjenester, gir slike henvisninger i utgangspunktet ikke rett til behandling i BUP. Resultatet kan da bli avslag i saker som egentlig skal til BUP. I Ukom-rapporten [«Ungdom med uavklart tilstand» \(ukom.no\)](https://www.ukom.no) fremkommer det at fastlegen ikke var klar over skoleproblemene til Jonas og at fastlegen sendte henvisning til BUP to ganger uten å ha informasjon om hva som var kartlagt i PPT.

En vesentlig utfordring som fremkom i flere intervjuer var at systemet er lite tilrettelagt med tanke på at fastlegen skal ha rollen som portvakt. Fastlegene har liten oversikt over det lokale tilbudet i kommunen og mangler ofte digitale samhandlingsplattformer med tjenester i kommunen. Fastlegene har en elektronisk kommunikasjonsvei til BUP, men i de fleste kommuner mangler en slik kommunikasjonsvei fra fastlegen til kommunen. I praksis betyr det at systemet er tilrettelagt for at fastlegen skal henvise til BUP, men ikke tilrettelagt for henvisninger internt i kommunen.

«Det fastlegene tilbakemelder er at de har en dårlig kommunikasjonsvei til kommunen. De har en elektronisk vei til BUP som er enkel å bruke. Mye vanskeligere for dem å få oversikt over kommunen. De kan ikke kontakte førstelinjen. Det største hullet i tjenesten er kommunikasjonen mellom fastlegen og kommunale tjenester!» (BUP).

Flere refererte til en tilbakemelding fra fastlegene om at de opplevde det vanskelig å samarbeide med tjenester for barn og unge, og at de opplevde tjenestene uoversiktlige sammenlignet med tjenester for voksne. I en av bydelene i Oslo var det gjort en kartlegging av alle avslag fra BUP som viste at det var henvisninger fra fastlegen som vanligvis fikk avslag.

«Det som er uheldig for brukere er at fastleger henviser uten å ha drøftet med kommunale tjenester og uten at henvisning er drøftet. Ender ofte med avslag i BUP, som blir en belastning for brukeren. Her burde man hatt rutiner!» (kommune).

I Helse Fonna-prosjektet har man jobbet mye med at tjenestene skal ta ansvar for å lage oppsummering av kartlegging/vurdering som sendes fastlege før vurdering av henvisning. Ordninger der kommunale tjenester samarbeidet med fastlegen om henvisning ble beskrevet av Gjesdal kommune, der fastlege ønsket at PPT skulle gjøre en vurdering før henvisning fra fastlege.

En vesentlig utfordring som veilederen bør vurdere er hvordan få til et bedre samarbeid mellom fastlegen og kommunale tjenester for barn og unge. Samarbeid omkring henvisningsprosessen vil drøftes mer i neste kapittel.

Samarbeid mellom kommune og BUP

Dette kapittelet vil i hovedsak dreie seg om samarbeid på tvers av nivåene i helseforvaltningen, mens neste kapittel vil også ta for seg samarbeid og samhandling mot andre forvaltningsområder som barneverntjenesten, utdanningssektoren og/eller arbeids- og velferdsforvaltningen.

I innsiktsarbeidet var spørsmålet om ansvarsavklaring og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste tema i intervjuer med brukerorganisasjoner, kommuner og BUP-er.

Ansvarsdeling mellom kommune og BUP

Kommunenes ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven, og spesialisthelsetjenesten har tilsvarende ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, etter lov om spesialisthelsetjenester. Det er et grunnleggende prinsipp at begge nivåene i helse og omsorgstjenesten skal opptre forsvarlig og henvise videre dersom man mener det er nødvendig for at barnet /ungdommen skal få nødvendig og forsvarlig hjelp. Organiseringen av helsetilbudet bygger også på prinsippet om at hjelpen skal gis på lavest mulig omsorgsnivå, nærmest mulig pasienten. Grensen mellom hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som skal tas hånd om av kommunene, kan variere avhengig av lokale ressurser og forutsetninger.

Barn og unge har lovfestet rett til øyeblikkelig, nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Rapporten fra Barneombudet (2020) peker på behov for å avklare ansvarsdelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Ukom-rapporten [«Ungdom med uavklart tilstand» \(ukom.no\)](https://www.ukom.no/rapporter/ungdom-med-uavklart-tilstand) dokumenterer at det utgjør en risiko for barn og unge når ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklar, herunder særlig når rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten blir avslått uten at ansvar for videre helsehjelp i kommunen er avklart.

I følge [Prioriteringsveilederen](#) så gir ikke lettere psykiske vansker hos barn med normal utvikling, inkludert normale reaksjoner på belastende livshendelser, veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det forventes dermed at kommunene skal ha et tilbud til denne gruppen. Utfordringen som beskrives fra flere BUP-er er at dette tilbudet er fraværende i flere av de kommunene de samarbeider med.

«BUP må gjøre det de skal gjøre og være en spesialisert tjeneste, og ikke lavterskel. Problemet er at det er et hull for dem som trenger noen å prate med om lettere problemer. Og at det mangler tilbud til enkelte grupper, som førskolebarn med angst eller ungdommer som sliter psykisk uten at de trenger utredning i BUP» (BUP).

Når det gjelder barn og unge med moderat-til alvorlige vansker, skal slike vansker gi rettigheter til spesialisert utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Innsikten viser at både kommuner og BUP-er opplever at føringene er utydelige når det gjelder gruppen med moderate vansker. Det er ofte vanskelig å vite hvor grensen går for hva som gir grunnlag for henvisning til BUP. Det etterlyses en tydeligere presisering av hvilke tilstander det er forventet at kommunen skal håndtere selv.

«Vi bruker milde-moderate og moderat-til alvorlige. Men sortering innenfor begrepene er vanskelig. De fleste saker som henvises til BUP, går gjennom, og vi opplever at vi «treffer bra» med henvisningene. Samtidig er det viktig at vi ikke sitter for lenge med saker i førstelinjen og dermed hindrer at barn og unge får det tilbudet de trenger. De fleste sakene som psykologene har, er innenfor «moderat» gruppen. Det er vanskelig å vite om de skal bli i kommunen eller henvises videre» (kommune).

En utfordring som beskrives i mange rapporter, er at barn, unge og foreldre opplever at det tar for lang tid før de får hjelp i spesialisthelsetjenesten, når de har behov for det. Brukere opplever at det blir et «vakuum» i oppfølgingen i overgangen mellom kommune og BUP. Det beskrives også som en utfordring at det er utydelig hvem som har ansvar i overgangene mellom tjenestene.

«Lett at det glipper i overgangene. Barn og unge får ikke sammenhengende hjelp, heller ikke av samme tjeneste» (BUP).

Avklaring av ansvar og oppgaver kan ikke avgrenses til et spørsmål om «enten eller». Mange av de som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Fra innsikten var det flere innspill på ungdom som faller mellom alle stoler som blant annet «hjemmesitterne». Det vil være de som har rett til tjenester fra spesialisthelsetjenesten, men som ikke makter å ta imot tilbudet. For denne gruppen ble det vist til mangelen i tilpassede tilbud både i kommunen og spesialisthelsetjeneste og behovet for mer ambulant tilbud.

«Når saker blir kompliserte, er det viktig å legge mandatet til side og ikke ha fokus på system. Man må handle nærmest mulig der barn og unge er. Det er ingen tjenester som har som mandat å reise hjem til barn, unge og foreldre. Hvem skal stå sammen med ungdommen over tid?» (kommune).

I noen tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til tidlig fase av et forløp, mens andre trenger vekselvis tilbud fra begge nivåer gjennom lengre forløp. I intervjuene etterspørres en presisering av ansvar og tydeligere føringer når det gjelder gruppen som har langvarige vansker og behov for oppfølging fra begge nivåer.

«Hva med de med langvarige vansker? Vi har ikke gode nok rutiner, ikke avklarte roller og ansvar for de som har behov for langvarige koordinerte tjenester. Det er ikke avklart hvem som er laget rundt disse barn og unge» (kommune).

Samarbeid om henvisningsprosessen til BUP

Noen kommuner i innsiktsarbeidet savnet samarbeid omkring henvisningsprosessen, mens andre kommuner har etablert faste drøftingsmøter eller inntaksmøter med BUP for felles vurdering av hvilke saker som skal til BUP. Generelt etterspørres tydeligere føringer for henvisningsprosessen:

«Det trengs en tydeligere spesifisering av hva som er kommunen sitt ansvar og hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Hva er forventningen til kommunen og hva skal være gjort før henvisning? Hva er minimumskravet?» (Kommune).

Helsedirektoratet utarbeidet i 2020 en rapport som beskriver [ulike samarbeidsformer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske vansker](#). Denne rapporten var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og utgjorde en forberedelse til innføring av bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge.

Formålet med oppdraget er:

- Å sikre barn, unge og familier med psykiske problemer/lidelser rask og riktig helsehjelp på riktig nivå
- At henvisningene er så godt avklart i samarbeid mellom nivåene at avslag i BUP normalt ikke forekommer

I oppdraget legges det til grunn at Helsedirektoratet skal ta utgangspunkt i og beskrive modeller som i dag praktiseres, men også vurdere om det er behov for å foreslå andre modeller.

I innsiktsarbeidet har det både blitt sett på noen av de samarbeidsformene som ble beskrevet i rapporten i tillegg til andre samarbeidsformer mellom kommune og BUP.

Samhandlingsforløp på tvers av kommune og foretak (Helse Fonna modellen)

I rapporten anbefaler Helsedirektoratet [«Samhandlingsforløpene» fra Helse Fonna](#) som en overordnet modell for barn og unge med psykiske vansker. Samhandlingsforløpene er en beskrivelse av ansvar-, rolle- og oppgavefordeling mellom ulike kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten ved de vanligste psykiske helseplagene hos barn og unge. Målet med Samhandlingsforløpene er at barn og unge med psykiske helseplager skal få rett hjelp fra rett tjeneste og at tiltakene fra de ulike tjenestene henger sammen og oppleves som et helhetlig tilbud for barn, unge og foreldre. Forløpene gir en oversikt over hvilke tjenester som kan og bør bidra når barn og unge viser tegn eller symptomer på ulike psykiske helseplager.

Erfaringer fra Helse Fonna viser at arbeidet med samhandlingsforløp har ført til tydeligere roller og ansvar mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Kommunene gir tilbakemelding på at det har vært avklarende når det gjelder å tydeliggjøre kommunens ansvar for milde-moderate vansker. Kommunene føler seg tryggere på hvilke barn og unge som skal ha oppfølging i kommunen, og hvem som bør henvises videre til BUP. Dette gjenspeiles også i reduksjon i avslagsprosent ved henvisning til BUP. Når fastleger henviser uten å ha involvert andre tjenester, gis det fortsatt avslag. Fra kommunalt perspektiv beskrives samhandlingsforløpene som nyttige både på systemnivå i forhold til organisasjonsutvikling, og som verktøy for å finne ut hva man skal gjøre i den enkelte sak.

«Samhandlingsforløpene er svært nyttige og gode. De ligger som et bakteppe når kommunen skal definere sitt tilbud og utvikle sine nettsider. Det er lettere å få til samarbeid i den enkelte sak fordi man bruker disse beskrivelsene» (kommune).

Modellen med samhandlingsforløp implementeres nå i hele Helse Vest. I prosjektet er det utviklet metodikk som omhandler det å jobbe med forståelse av roller og ansvar mellom tjenester. Helse Stavanger har blant annet utviklet et samtaleverktøy «Sammen» der man ved hjelp av kasus drøfter hvordan tjenestene sammen kan gi et helhetlig tilbud til barn og unge.



Figur 3 viser spillet «Sammen» som er utviklet av Helse Stavanger og Gjesdal kommune.

Kartlegging i forkant av henvisning (Gjesdal-Bryne BUP modellen)

Bryne BUP har en modell som vektlegger avklaring av hjelpebehov i forkant av henvisninger til BUP. Målet er at henvisningsbehov skal avklares internt i kommunen, og at BUP skal ta imot saker når kommunen har gjort vurderingen av behov. Dersom kommunen er usikker, kan de be om drøftingsmøte med BUP i forkant av henvisning.

I tråd med dette, har Gjesdal kommune som rutine at alle barn og unge skal kartlegges med «4 fotsmodellen» før henvisning til BUP. Vanligvis koples både fastlege, helsesykepleier og PPT på denne kartleggingen som gjøres i tverrfaglig samarbeid i barnehage eller skole. Ordningen er avklart med fastlegene i kommunen, og avtalen er at PPT koples på sak før fastlegen henviser, uavhengig av om det er sosiale vansker eller lærevansker.

Erfaringen fra Gjesdal er at kartleggingen strukturerer forståelsen av hvilke utfordringer barnet har, hvilke tjenester som bør være inne i bildet, og at det blir en felles forståelse av barnets behov for utviklingsstøtte. Tilbakemeldingen fra BUP-en er at henvisningene er blitt mye bedre og tydeligere etter at kommunen begynte å jobbe internt med «4 fotsmodellen» og at man ser at ordningen fungerer i praksis.

Dialogbaserte inntaksmøter (Asker-modellen)

Asker BUP har innført faste inntaksmøter med Barne og familietjenesten, PPT og barnevernstjenesten. Målet med inntaksmøtene er at kommunen og BUP i fellesskap tar ansvar for å sikre «rett hjelp, rett sted og rett tid» for det enkelte barn eller ungdom. Møtene er organisert med tanke på ressurseffektivitet og man drøfter kun saker der kommunen eller BUP er i tvil om hva som er rett nivå/hjelp.

Drøftingene skjer anonymt og uten samtykke, dette da kommunen er så stor at ledelsen har vurdert at personvern kan ivaretas når alle identifiserende opplysninger utelates (jfr rapport om samhandlingsmodell, kap 9). Dersom man i møtet beslutter at en sak som er henvist til BUP heller bør ha et kommunalt tilbud, ringer BUP til ungdom/foreldre og informerer om vurdering og ber om tillatelse til å gi kontaktinformasjon til aktuell kommunal tjeneste. BUP ringer så tilbake til aktuell kommunal tjeneste (Mottakseneheten) som kontakter familien med tilbud om time. Formelt registreres dette som et avslag, men i svarbrevet på henvisning beskrives aktuelt tilbud i kommunen.

Kommunen tar også opp saker der de er i tvil om de skal henvise til BUP. Hvis de blir enig om at BUP er riktig instans, er avtalen at kommunal tjeneste sørger for henvisning fra fastlege med vurdering og somatisk undersøkelse, samt nødvendige vedlegg til henvisningen.

«Det er ikke mål at avslagsprosent skal ned, men at tilbudsprosenten skal opp! Barn og unge skal få rett tilbud på rett sted til rett tid! Spørsmålet er hvordan få til samhandling mellom kommune og BUP slik at flest mulig får rett tilbud?» (BUP).

Inntak ute (Nic Waal-modellen)

Nic Waals Institutt har siden 2018 foretatt inntaket til klinikken ute sammen med bydelene. Målet er å sikre at alle barn og unge får hjelp på rett nivå, og at ingen barn og unge får avslag på henvisninger til BUP.

Andre gevinster er styrket samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene og mer effektiv bruk av ressurser (Nasjonal Helse og sykehusplan, 2020-2023). Det er et mål at bydelene skal ha stort eierskap til møtene og ut over representanten fra BUP, er deltakerne valgt ut av bydelen selv. Dette for at representantene best skal kunne speile de tjenestene bydelen har bygget opp. Deltakere varierer derfor noe fra bydel til bydel, men instanser som barnevernstjenesten, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, UngArena og psykolog i kommunen, dersom de har dette, er vanligvis representert.

Det arbeides med å få etablert at henvisningene i hovedsak skal komme via bydelsrepresentanter, men en stor del av henvisningene kommer fortsatt fra fastlege direkte til BUP. Bydelene har ansvar for å sikre samtykke for de henvisningene de selv tar med til møtet. For henvisninger mottatt av BUP, avklares samtykke av inntaker ved telefon i forkant av møtet. Man prioriterer de henvisninger der det er uklart om barnet/ungdommen skal ha et tilbud i BUP og der det er behov for mer informasjon. Henvisningene drøftes så i fellesskap med tanke på rett tjenestenivå, men samtidighet i tjenester, dvs behov for oppfølging både kommunalt og på spesialisthelsetjeneste, er også et vanlig tema.

Det er også mulig for BUP å ta opp behandlinger som vurderes å være klare for avslutning, men der barnet/ungdommen kan ha behov for oppfølging kommunalt etter utskrivelse.

Det var flere av kommunene og BUP-ene som deltok i innsikten, som hadde tatt i bruk eller planla å ta i bruk tilsvarende «Inntak ute»-modell. Det som kom frem som en styrke med modellen er en tydeliggjøring av at hovedansvaret ligger i kommunen; «Det er deres møte – det er bydelens barn». En annen styrke er at man får jobbet mye med forståelse av ansvarsforhold og de ulike tjenestenes roller og mandat. Møtene beskriver å ha ført til en felles forståelse av hva som skal til for at BUP er rett instans, og at man har utviklet et felles språk og begrepsapparat omkring vurdering av psykiske helseplager. Det har blitt jobbet mye med hva som er en god henvisning, og BUP ser at kommunen har blitt mye bedre på å gjøre vurderinger i forkant av henvisninger, slik at det blir færre avslag.

«Når vi diskuterer henvisning, snakker vi om milde-moderate vs moderate-alvorlige vansker. Både helsesykepleier og barnevernet er blitt gode på å vurdere alvorlighet og hva som er rett instans» (BUP).

Ulemper som ble beskrevet var at modellen var ressurskrevende ved at BUP i mange tilfeller må innhente samtykke i forkant av Inntaksmøtet, og deretter ringe pasient/foresatte for å gi tilbakemelding etter møtet. Dersom det ble bestemt at pasient ikke fikk tilbud i BUP, kunne det være krevende å formidle dette til pasient/foresatte på telefon.

Modellen forutsetter også at kommunen/bydelen har et tilstrekkelig og differensiert psykisk helsetilbud til barn og unge. Andre utfordringer som ble beskrevet gjaldt samtykke og personvern. En BUP hadde måttet endre ordningen da fastlegene ble bekymret for personvernet og derfor ikke ønsket at deres henvisninger skulle tas opp i møtet. I inntaksmøtet vurderte de derfor kun henvisninger der kommunal tjeneste hadde innhentet samtykke til å drøfte saken med BUP, resterende henvisninger ble vurdert etter vanlig ordning internt i BUP.

CAPA modellen (Universitetssykehuset i Nord Norge)

Ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) har man tatt i bruk Choice And Partnership Approach (CAPA) som er en modell for kontinuerlig forbedring, organisering og drift av helsetjenester. Målet er at alle som henvises skal tas inn til vurdering og ikke få avslag. I 2019 var det bare 11% av henvisninger til UNN som fikk avslag, i stor grad på grunn av feilregistreringer eller manglene informasjon.

Det store volumet av henvisninger til UNN kommer fra fastleger og barnevern. Det er en målsetning å vurdere henvisningene daglig, slik at de som gis rett til helsehjelp, raskt per telefon inviteres til en samtale kalt «Dine Muligheter» (omdøpt etter CAPA-modellens «Choice Appointment»).

I «Dine Muligheter» jobbes det aktivt med å etablere en felles forståelse, hvor terapeuten gir en ærlig faglig vurdering basert på henvisning, informasjon fremkommet i samtalen og foreliggende kartlegginger, og det drøftes hva som er familiens mål for eventuelt tilbud. Terapeutene har fått opplæring i samvalg og har god oversikt over tilbud internt i BUP og i kommunen. Målet er at man sammen skal finne rett tilbud for familien i eller utenfor BUP.

Etter «Dine Muligheter» er det ca. 25 % som ikke ønsker et videre forløp i BUP. Erfaringen med modellen er at pasienter og foreldre er veldig fornøyd med raskt å få en vurdering og avklaring. Dersom Lavterskelteamet i Tromsø vurderer at barnet eller ungdommen har behov for henvisning til BUP, kan spesialist i teamet vedta at saken skal til BUP og booke avtaler direkte.

Modellen gjør at man unngår unødvendige ledd i henvisningsprosessen. Det registreres formelt en henvisning og rett til helsehjelp, men man baserer seg på vurdering som er gjort av Lavterskelteamet.

Vurdering av ulike samarbeidsmodeller

For å nå målene om riktig helsehjelp til rett tid og gode og avklarte henvisninger til BUP, anbefaler Helsedirektoratet i rapporten [«Samarbeidsformer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske vansker»](#), at det utarbeides lokale samarbeidsmodeller som tydelig ivaretar selve prosessen og dialogen i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Grunnet demografisk og geografisk variasjon samt ulik organisering i kommunene, er Helsedirektoratets vurdering at én felles nasjonal modell ikke vil ivareta denne variasjonen. Det presiseres at valg av modell bør ivareta følgende grunnleggende prinsipper.

- Alle barn og unge med klare tegn eller symptomer på psykiske vansker/lidelser må sikres et tilbud om hjelp på beste effektive omsorgsnivå, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen.
- Barn, unge og foreldre må sikres god og lett tilgjengelig informasjon og mulighet for deltakelse i møter. Deres mening skal høres, tillegges vekt og dokumenteres i prosessen, i tråd med gjeldende regelverk.

- Ved deling av taushetsbelagt informasjon mellom tjenester, må man sikre gode rutiner for å innhente informert samtykke fra barn, unge og foreldre, samt rutiner for at det ikke deles mer informasjon enn nødvendig eller at det deles informasjon med flere aktører enn nødvendig.

Samarbeidsavtaler mellom kommune og BUP

I intervjuer med kommuner og BUP ble det spurt om det var faste samarbeidsfora/arenaer mellom kommunale tjenester og BUP på systemnivå. Det var store lokale variasjoner i hvordan dette fungerte. Enkelte kommuner og BUPer beskrev godt og tett samarbeid både på individ og systemnivå. I Asker er det eksempelvis laget en detaljert samarbeidsavtale mellom kommunen og BUP som spesifiserer samarbeid på ulike nivå og et felles ansvar for å sikre helhetlige tjenester. Det ble beskrevet som en styrke at det var tett samarbeid mellom tjenestelederne.

«Det som har vært cluet er at seksjonsleder i BUP har noen å snakke med i kommunen som har ansvar, og at det er laget en vei inn til tjenestene» (BUP).

Motsatt ble det beskrevet som en utfordring når tjenestene for barn og unge er organisert i ulike sektorer. Det ble poengtert at det vil være enklere om det var tydeligere hvem i kommunen som har ansvar for tjenestene for barn og unge.

«Hvem i kommunen har ansvar for barn og unge? Ville vært enklere hvis vi hadde en leder for barn og unge tjenestene i hver kommune. Behovet blir tydelig hver gang BUP innkaller til samarbeidsmøter. Hvem i kommunen skal de innkalle? Hadde vært enklere hvis de kunne ha faste møter med en leder i hver kommune» (BUP).

I [rapporten evaluering av samhandlingstiltak \(sintef.no\)](#) er det nærmere beskrevet at kompleksiteten i en kommune, og samordning av en rekke tjenester på tvers av hele kommunen, samt mot spesialisthelsetjenesten, krever formalisering av arbeidsmåter i form av rutiner.

I forslag til endring av [velferdstjenestelovgivningen \(regjeringen.no\)](#) forslår departementene å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd slik at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten også skal omfatte samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

En utfordring som ble beskrevet i innsiktsarbeidet, er at samarbeidsavtaler er basert på helsesamarbeid og utformet med ramme og innhold som passer best for somatiske tilstander. Når det gjelder barn og unge med psykiske helseplager, har de fleste behov for andre tjenester enn helsetjenester i kommunen.

I forbindelse med etablering av [Helsefellesskapsmodellen \(Nasjonal helse og sykehusplan, 2020-23\) \(regjeringen.no\)](#), er barn og unge utpekt som en prioritert gruppe, og kommuner og foretak skal samarbeide om videreutvikling av tjenestene. I den sammenheng må også helsefellesskapene gjennomgå og reorganisere samhandlingsforaene for i større grad å ivareta det helhetlige tjenesteperspektivet på barn og unge.

Et gjennomgående tema i intervjuene var at både i kommuner og BUPer fremkom behovet for å tydeliggjøre mandat, roller og oppgavefordeling mellom ulike tjenester.

«Dette er våre barn og unge som vi har ansvar for! Dette er våre felles barn!! Vi trenger en arbeidsdeling mellom tjenestene, som beskriver hvem gjør hva» (BUP).

Helhet og samtidighet i tjenestetilbudet

Et gjennomgående funn i innsiktsarbeidet var at både brukerorganisasjoner, kommuner og BUP-er ønsker mer samarbeid på tvers av tjenestene og mer samtidighet i tilbudet til barn og unge. Det ble poengtert at både kommunen og BUP hadde ansvar for å sikre at barn får spesialisert utredning og behandling.

[Barneombudets rapport \(barneombudet.no\)](https://barneombudet.no) viser at foreldre til ungdom som får hjelp i BUP, gir tilbakemelding på at det generelt er lite samarbeid mellom BUP og de kommunale tjenestene. Ungdom etterspør bedre samarbeid mellom BUP og skolen, som for de fleste ungdommer er en av de viktigste arenaene. Rapporten viser at de som har gode erfaringer med BUP, viser til samarbeidsmøter med klar ansvarsdeling der de ulike instansene samarbeider om å løse barnets eller ungdommens utfordringer.

Fra tjenestene ble det samtidig erkjent at det var komplisert å få det til å praksis, da det i stor grad er et ressurspørsmål. BUP-ene ønsket mer tid til å være til stede ute i tjenestene og gi tettere oppfølging, men beklaget at det var for lite ressurser til å følge opp på individnivå. I intervjuene fremkom også at barnehager og skoler har et større behov for veiledning enn det BUP har ressurser til å gi. Samtidig poengteres at det er her innsatsen må legges inn og at alle tjenestene må se på barna i skolen som «våre barn» og ta et felles ansvar:

«Vi må tenke tverrsektorielt og bygge lag rundt eleven slik at de sikres gode tjenester og slik at BUP gjør sitt og kommunen gjør sitt» (BUP).

Flere intervjuer omhandlet samarbeid mellom BUP og PPT. I enkelte kommuner hadde PPT en sentral rolle i forhold til psykisk helsearbeid der de var med i kartlegging og vurdering av psykisk helseutfordringer og aktivt med i samarbeidet med BUP. I Gjesdal kommune var det for eksempel en intern rutine at ved psykososiale utfordringer skulle det gjøres en tverrfaglig kartlegging i barnehage eller skole sammen med PPT og aktuelle instanser før henvisning til BUP.

I andre kommuner ble det problematisert at PPT ikke kunne gå inn i psykososiale problemstillinger på grunn av ressursmangel og derfor kun måtte jobbe på systemnivå. Fra BUPs side kan det oppleves som vanskelig å forstå når PPT skal koples inn i en sak, da PPT i stor grad jobber på systemnivå. Flere etterspurte tydeligere føringer på hva som er PPTs rolle og mandat i forhold til psykiske helseplager.

«Dersom PPT skal ha et mandat i forhold til psykisk helse, bør det være en nasjonal bemanningsnorm som sikrer at de kan ha dette mandatet. PPT sitt mandat blir stadig større, uten at det tilføres midler» (kommune).

Gjennomgående beskrives behov for bedre samarbeid mellom barnevern og BUP. Det kommenteres at barn og ungdommer som trenger helsehjelpen aller mest, er de som får oppfølging fra barnevernet. Det spesifiseres også at det trengs både strukturelle grep og lovmessige endringer for å få til bedre samarbeid mellom BUP og barnevern.

«Det er mange barn og unge som ikke får den hjelpen de har krav på, og de som har det vanskeligst trenger også psykisk helsehjelp» (Kommune).

Helhetlige og sammensatte tjenester på tvers

Et gjennomgående funn i innsiktsarbeidet er at både brukerorganisasjoner, kommuner og BUP-er peker på **behov for bedre samarbeid** omkring barn og unge med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Det

kan være barn og unge med alvorlig skolevegringsproblematikk, uavklarte tilstander med lav fungering over tid, psykisk helse og rusproblematikk, eller mer alvorlig problematikk som psykoser.

«Det som etterlyses mye er tiltak for unger og ungdommer på «ildrødt nivå». Kommunale instanser jobber intensivt, men det er vanskelig å finne en dør inn til BUP. Det er behov for mer avklaring og tettere samarbeid med BUP i disse sakene» (Kommune).

«En gruppe som ofte blir glemt, er de med alvorlige lidelser og store funksjonstap. Denne gruppen utgjør 10-15% av barn og unge. Halvparten av disse får ikke hjelp i BUP. Det er en komplisert gruppe å forholde seg til. Utviklingsforstyrrelser, kronisk angst/depresjon og massivt funksjonsfall eller lav fungering over tid, eksempelvis skolevegring. I denne gruppen er også barn og unge med komplekse vansker og relasjonsskader, som ofte har barnevernsbakgrunn. Fokus i oppfølgingen er å leve med vanskene i stedet for å tenke at det skal behandles bort. Den gruppa skaper store diskusjoner og mye frustrasjoner» (BUP).

I intervjuene beskriver både kommuner og BUP-er at dette er en gruppe barn og unge som mangler et faglig godt tilbud, og der det er stor uklarhet i hvem som skal gjøre hva.

Gjennomgående viser innsikten at det både er behov for tydeliggjøring av roller og ansvar, utvikling av nye tjenester og bedre koordinering av tilbudet til barn og unge med langvarige og sammensatte behov.

I innsiktsarbeidet ble det beskrevet flere typer tilbud som var særlig rettet mot gruppen barn og ungdom med langvarige og sammensatte behov:

FACT-UNG er en modell som særlig er utviklet med tanke på gruppen ungdom som har behov for tverrfaglig samarbeid, det vil si samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. To bydeler i Oslo og Nic Waals Institutt prøver ut tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter modell av FACT-UNG. Teamet gir et helhetlig tjenestetilbud, oppsøkende virksomhet, enten i hjemmet eller på ungdommers arenaer som skole eller fritid. Det er stor grad av fleksibilitet og tilgjengelighet med flerfaglig og tverrfaglig team (helse-, sosialfaglig-, barnevernsfaglig-, familie- og nettverk-, og erfaringskompetanse). Psykiater/psykolog er innlemmet i teamene. Fokus er på mestring og sosial inkludering gjennom aktivitet, arbeid, skole og utdanning (Nasjonal helse og sykehusplan, 2020-23). I enkelte FACT-UNG team er det ansatt fagpersoner med barnevernsbakgrunn, nettopp for å bygge kompetanse på denne målgruppen.

Det som flere beskriver som en utfordring med FACT-modellen, er at den passer best for storbyer og i mindre grad for små kommuner med lang reisevei til BUP. Det poengteres at det er viktig at man tenker bredden av kommuner når man igangsetter tilbud nasjonalt. Organisering av FACT-UNG er under utprøving og ulike måter å organisere tilbudet på utredes fra Helsedirektoratet. Det vil lages en håndbok for FACT-UNG-team i løpet av høsten 2021.

AMBIT-team er en metode som ennå ikke er tatt i bruk i Norge, men som ble nevnt i intervjuer som en mulig satsing. Metoden er utviklet ved Anna Freud senter i London og er en mentaliseringsbasert tilnærming der man skaper et team rundt barnet/ungdommen på tvers av ulike tjenester. Tjenesten designes ut fra den enkeltes behov og baseres på relasjoner over tid. Målet med Ambit-team er å bygge «epistemic trust» slik at barnet/ungdommen får tillit til at voksne vil hjelpe dem. Derfor jobbes det med relasjoner over tid. Metoden har vist å ha god effekt, og implementeres nå i flere land i Europa.

En annen modell som beskriver flerfaglig samarbeid, er [Et lag rundt eleven \(udir.no\)](https://www.udir.no/et-lag-rundt-eleven). Det er gjennomført to forskningsprosjekter der man prøver ut en mer strukturert måte å samarbeide på mellom ulike hjelpetjenester som PPT, BUP, barnevernet og helsesykepleiere. Eksempelvis er LOG-modellen utprøvd i 19 barneskoler. Evaluering viser et styrket tverrfaglig samarbeid, at skolens samarbeidspartnere har mer positive vurderinger av tverrfaglig samarbeid og et bedret samarbeid i skolens ressursteam.

Stillasbyggerne er en seksjon under Psykisk helsevern barn og unge på Akershus universitetssykehus (ABUP). Det er en barnevernsrettet poliklinikk i BUP som gir tilpasset psykisk helsehjelp og tiltak for barn og unge som er under omsorg av barnevernstjenesten. De jobber tett på barneverntjenesten og institusjonsansatte for å øke kvaliteten og lage skreddersydde tiltak rundt barna. Alt arbeid foregår ambulant, også hvis barna bor i fosterhjem på andre kanter av landet. Fokus i tjenesten er på å sikre systematisk samarbeid mellom ulike tjenester omkring barnet.

Stillasbyggerne bruker et teamutviklingsverktøy som heter 5R for systematisk og eksplisitt å løfte opp samarbeidet mellom ulike tjenester som en oppgave i seg selv. En 5R-avtale regulerer rammer, retning/mål, roller, regler og relasjonelle styrker og utfordringer i samarbeidet. I tillegg jobber alle stillasbyggere i duo (en psykologfaglig og en barnevernfaglig rådgiver) for å sikre kontinuitet i oppfølging og færre relasjonsbrudd for ungdommene og samarbeidspartnere, samt redusere sårbarhet ved fravær. Duoene forsøker å fremme teamarbeid blant parter involvert i ungdommens stillas, og fokuserer på faktorer som hemmer og fremmer et effektivt teamarbeid. Dette kan for eksempel inkludere å jobbe med samarbeidsutfordringer ved bruk av metakommunikasjon og fasilitering av planleggingsarbeid for å fremme en felles forståelse og retning.

Stillasbyggerne har i 2021 fått midler av Helse- og omsorgsdepartementet til å utforme en tjenestebeskrivelse, og gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse som kan gi grunnlag for pilotering på nasjonalt nivå. Stillasbyggerne er evaluert av [Regionsenteret for barn og unges psykiske helse \(RBUP\) øst og sør \(squarespace.com\)](#). I rapporten fremheves det at skreddersøm og fleksibilitet, systemtenkning og ungdommens stemme er sentrale elementer i arbeidet. Det oppsummeres med at Stillasbyggermodellen «dekker et behov for ungdom med sammensatte vansker som ikke andre tjenester klarer å dekke».

Både ungdommer og samarbeidspartnere rapporterer at de er godt fornøyde med arbeidet som Stillasbyggerne gjør. Det fremheves at de bidrar med en helhetlig tankegang og at de er tilgjengelige og jobber langsiktig.

Koordinering og samordning av tjenestetilbudet

Manglende koordinering og samordning av tilbud til barn og unge som trenger hjelp, er dokumentert i en rekke rapporter. Barneombudet viser til at hjelpen barna får er fragmentert og lite helhetlig, og at ingen har tatt ansvar for å gi barna helhetlig og koordinerte tjenester på barnas premisser. Det samme bildet ble beskrevet i [UKOMs rapport om «uavklart tilstand» \(ukom.no\)](#). I historien om Jonas var mange instanser inne, men det manglet koordinering og det var ingen som hadde ansvar for helheten i tilbudet. I mange tilfeller opplever pårørende og skoler at koordineringsansvaret er lagt over på dem (0-24 samarbeidet 2019a).

Brukerorganisasjoner som deltok i innsiktsarbeidet, la vekt på behovet for bedre koordinering av tjenestetilbudet til barn og unge.

«Skulle ønske at det er et bedre system og samarbeid mellom de ulike instansene, at instansene utveksler informasjon og er et helhetlig tilbud. At det er informasjonsflyt mellom instansene» (Brukerorganisasjon).

En av hovedmålsettingene i forbindelse med utvikling av pakkeforløp for [Pakkeforløp psykiske lidelser barn og unge](#) var å sikre sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Ifølge pakkeforløpet, skal alle barn og unge som henvises til BUP ha en forløpskoordinator i både kommune og BUP. Evalueringsrapporter fra SINTEF viser at kommunene i liten grad har etablert forløpskoordinatorer [ved henvisning til BUP](#). Evalueringen viser også at brukere i liten grad opplever noen effekt av pakkeforløpene på samordningen av tjenester. Det kan se ut til at jo mer komplekse sakene er, og jo større behov det er for et velfungerende samarbeid, jo vanskeligere er det å få til i praksis.

Rapporten viser også at det er store utfordringer med å få til samarbeidsmøter mellom ulike instanser slik som BUP, skole, barnevern og PPT. Fra en av de pårørende i PHBU ble det påpekt at det ikke nødvendigvis var slik at tjenestene ikke ønsket å samarbeide, men at de rett og slett ikke fikk det til. Dette ble blant annet begrunnet med at det ikke var noen tydelig koordinator og at det ikke var avklart hvem som skulle ta ansvar for hva.

Ungdommer etterspør en tydeligere plan for «min sak», en «koordinator», en «helsekontakt» eller en «systemlos» som følger dem over tid og på tvers av de ulike tilbudene. En del ungdom som går i BUP uten at foreldre vet om det, koordinerer tilbudet helt selv. Også foreldre beskriver opplevelse av «ansvarsfraskrivelse» fra tjenestene, «svikt på systemnivå» og etterspør en koordinator.

«Ingen vil ta ansvar og koordinere. Det kan være ungdom i 16 års alderen som må ta ansvar for å følge opp selv. Foreldrene snakker om ansvarsfraskrivelse. Det er gjennomgående at både ungdommer og foreldre opplever fravær av koordinering og dårlig kommunikasjon og samhandling mellom tjenestene» (Brukerorganisasjon).

Mange av kommunene som deltok i innsiktsarbeidet jobber etter Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)-modellen og brukte stafettlogg for å sikre koordinerte tjenester for barn og unge som trengte oppfølging. Bruk av stafettlogg er særlig knyttet til tidlig innsats i barnehager og skoler (Nivå 1), og beskriver tiltak på ulike nivå avhengig av om det er en tjeneste som koples på (Nivå 2) eller om det er tverrfaglig innsats mellom flere tjenester (Nivå 3).

Et sentralt premiss i BTI er at barnet/ungdommen og foresatte skal være aktive aktører i opprettingen og bruk av loggen som verktøy. Loggen skal følge barnet/ungdommen over tid. Det skal alltid være en stafettholder som har ansvar for å koordinere loggen, og det skal være den fagpersonen som er nærmest barnet/ungdommen. Prinsippene i Stafettloggen er at alle aktører som er involvert i oppfølgingen skal være registrert som aktører i loggen og ha tilgang på nødvendig informasjon om tiltak og evaluering av disse. Stafettloggen skal brukes i evaluering i samarbeidsmøter for å sikre at tiltakene har effekt. Flere av kommunene beskrev at de brukte Stafettlogg i samarbeidet omkring barn og unge med psykososiale utfordringer. I Tromsø kommune ble Stafettloggen også brukt i samarbeid med BUP i noen saker.

Tilbakemelding fra flere av kommunene var at det tar tid å innarbeide BTI og bruk av stafettlogg systematisk, men at man så stort potensiale her i forhold til å sikre bedre koordinering og samordning av innsatsen rundt det enkelte barn eller ungdom.

I forslag om å lovfeste en [tydelig samordningsplikt for kommunen \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no) foreslås det at kommunen ved behov skal avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet til barn og unge. I de fleste tilfeller vil det være klart hvilken tjeneste som bør samordne tjenestetilbudet. Det vil være den velferdstjenesten som har ansvar for hovedtyngden av tjenestetilbudet, eller som har mest å gjøre med tjenestemottakeren. Samordningsplikten vil innebære endringer i alle sektorlovene slik at den enkelte tjeneste pålegges et tydeligere ansvar for å samarbeide med og samordne sine tjenester med andre helse og omsorgstjenester.

Alle barn og unge som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP)¹ og få oppnevnt en koordinator. Initiativet til IP skal komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide den ligger i tjenesteapparatet. IP skal benyttes som et felles verktøy på tvers av fagområder, nivåer og sektorer, i form av et planleggingsdokument og en strukturert samarbeidsprosess. [Planen skal oppdateres kontinuerlig, være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.](#)

Utfordringen er at verken foreldre eller ungdommer kjenner til IP, og at enda færre vet at de har krav på en slik plan. I rapporten fra PROBA fremkommer det i tillegg at IP ikke virker etter intensjonen, og i liten grad er tilgjengelig for de som trenger koordinerende tjenester.

Innsiktsarbeidet viser at IP er et lite brukt og kanskje underutnyttet verktøy. I de vanskelige og komplekse sakene hvor det trengs, er det mye som tyder på at verktøyet benyttes i for liten grad.

«Av 20 deltakere med BUP erfaring, er det kun 2 som hadde IP. De som har hatt IP sier at det har fungert bra, men at det ikke er godt nok implementert. IP er ikke-eksisterende» (Brukerorganisasjon).

En koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet. Koordinator oppnevnes i forbindelse med utvikling av IP, men skal også tilbys i de tilfeller ungdommen eller foresatte takker nei til IP. Formålet med koordinator er det samme som for IP. Hovedmålet med koordinatorfunksjonen er å oppnå helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, å få de ulike tjenestene til «å virke sammen».

Oppsummert viser innsikten at det mangler koordinering av tilbudet på tvers og et sammenhengende løp for barn og unge mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I fravær av koordinering, må ungdom eller foreldre selv ta ansvar for å sikre helheten i tilbudet og overføre informasjon mellom tjenester. Det trengs en tydeliggjøring av hvem som har ansvar for å sikre helheten i tilbudet. Innsikten viser også at koordinator begrepet brukes for ulike formål og at det trengs en innholdsmessig avklaring i hva det vil si å ha en koordinator. Når barn og unge etterspør en koordinator, hvilken type koordinator kan de da få og hvilken tjeneste i kommunen har ansvar for koordineringen?

Fotnote

1: Individuell plan (IP) er et viktig verktøy for å sikre brukermedvirkning på individnivå, og en rettighet som er godt forankret i lov (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 (NAV-loven), Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og § 33, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, Lov om barneverntjenester § 3-2 a.

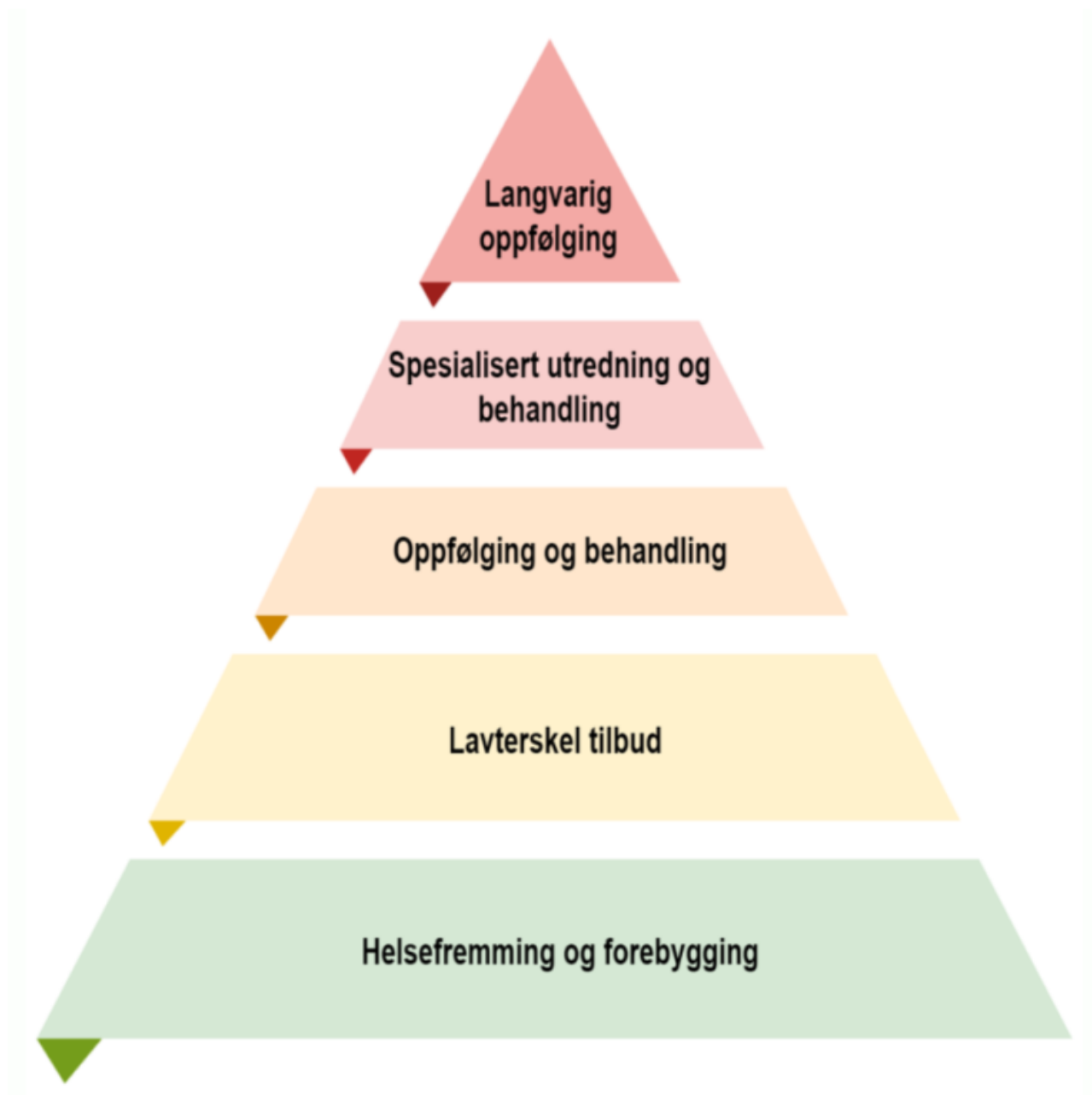
Drøftinger

Psykisk helsearbeid for barn og unge favner fra helsefremming og forebygging til oppfølging og behandling. For å sikre at flest mulig barn og unge får den støtten de trenger for å bli selvstendige og trygge mennesker, må kompetansen settes inn så nært barn og unge som mulig og de må sikres tilgang på den hjelpen de trenger når de trenger den. Et viktig perspektiv i styrkingen av det psykiske tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene, er de samfunnsmessige besparelsene det medfører å komme tidlig inn med effektive og relativt lite ressurskrevende behandlingsmetoder. Ved å satse på tidlig innsats, vil man over tid forebygge utvikling av mer alvorlige vansker og utenforskap.

«Hvis man hadde åpnet kranen på psykisk helse, hvor mye hadde man da ikke spart i andre enden? Det å sette inn stor innsats tidlig, kan spare skolefravær og uførhet. Tenk hva det koster at et menneske er ufør et helt liv... Man må bli bedre på å komme inn tidlig!» (Brukerorganisasjon).

Innsiktsarbeidet viser at det trengs ulike nivå av tiltak overfor barn og unge og at tilbudet på de ulike nivåene må sees i sammenheng og være del av en helhetlig tiltakskjede for barn og unges psykiske helse.

Modellen som foreslås under tar utgangspunkt i hovedforløpene i *Sammen om mestring*. Med utgangspunkt i funnene fra innsiktsarbeidet er den videreutviklet og tilpasset til barn og unge. Modellen tydeliggjør at det er den samlede kompetansen og kapasiteten i alle ledd av tiltakskjeden, samt tjenestenes kjennskap om hverandres roller og ansvar, som avgjør om det enkelte barn eller ungdom får rett hjelp på rett nivå.



Figur 4

Nivå for tilbud barn og unge

Nivå	Tjenestetilbud
Mørkerødt	Langvarig oppfølging og sammensatte tjenester på tvers av kommune og BUP ved langvarige alvorlige vansker.
Rødt	Spesialisert utredning og behandling i BUP ved langvarig moderat og kortvarige alvorlige vansker. Samtidighet i tilbud og koordinering på tvers av kommune og BUP.
Oransje	Oppfølging og behandlingstilbud i kommunale tjenester ved kortvarige moderate vansker eller langvarige milde vansker.
Gult	Lavterskeltilbud i kommunale tjenester ved milde og kortvarige vansker.
Grønt	Helsefremmende og forebyggende tiltak på universelle arenaer, som barnehage, skole og helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Innsikten viser at det er tydeligst avklaring av ansvar og roller når det gjelder **helsefremming og forebygging (grønt nivå)**. Universelle arenaer som barnehage, skole og helsestasjon og skolehelsetjenesten skal drive forebygging og helsefremming, men har også en sentral rolle i å oppdage psykiske helseplager på et tidlig tidspunkt og iverksette tiltak. For å kunne ha dette ansvaret, er de avhengig av tett samarbeid med andre tjenester som PPT, barnevern og psykisk helsetjenester og at det bygges lag av tjenester rundt barn og unge. Innsiktsarbeidet viser hvordan mange kommuner nå jobber med tverrfaglige team og samhandlingsmodeller som BTI for å styrke tidlig og helhetlig innsats.

Innsikten viser at det eksisterer ulike definisjoner av begrepet **lavterskel tilbud for barn og unge (gult nivå)**. Begrepet omfatter alt fra digitale lavterskeltjenester, lavterskel tilbud i helsestasjon og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og andre mer målrettede psykisk helsetilbud som UngArena, Stangehjelpa eller Oslohjelpa. Variasjonen synliggjør et behov for en innholdsmessig avklaring av hva lavterskeltiltak og psykisk lavterskeltjenester faktisk er.

Både brukere, kommuner og BUPer etterspør tydeligere føringer for hva som er kommunens ansvar for **oppfølging og behandling av psykiske helseplager (oransje nivå)**. Innsikten viser at det er stor variasjon både i om kommunene har et tilbud, hvilket tilbud de har og hvilken kompetanse tjenesten innehar. Samlet viser innsikten at det er behov for tydeligere føringer på hvilket ansvar kommunen har for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske helseplager, og hvilke tilbud innenfor psykisk helsehjelp som skal være tilgjengelig på kommunalt nivå. Samtidig ble det påpekt at det er store forskjeller mellom kommuner i størrelse og organisering. Det må være åpning for at behovet kan dekkes ved tjeneste på tvers av kommune og BUP, eller større enheter basert på interkommunalt samarbeid.

Innsikten viser at det er behov for ansvarsavklaring av hva som er kommunens ansvar og hva som er BUPs ansvar når det gjelder **spesialisert utredning og behandling (rødt nivå)** ved moderate til alvorlige plager. Mange kommuner og BUPer har jobbet med ansvarsavklaring og roller gjennom arbeid med samhandlingsforløp (Helse Fonna) eller Inntak ute (NicWaal). Særlig tilbakesendes at skillet mellom milde-moderate og moderat-alvorlige er blitt tydeligere. Innsikten viser at en slik avklaring etterspørres i nasjonale føringer.

Når det gjelder barn og unge med alvorlige funksjonsnedsettelse og behov for **langvarige og sammensatte tjenester (mørkerødt nivå)**, er et gjennomgående funn at ansvarsdeling er uavklart og at det mangler tilbud til denne gruppen. Dette gjelder barn og unge som får oppfølging fra barnevernstjenesten eller som har uavklarte tilstander med langvarig funksjonsfall. Tjenestetilbud til barn og unge i denne gruppen er ressurskrevende og krever tett samarbeid mellom instanser og sektorer over tid. Stillasbyggerne og FACT ung team var gode eksempler som ble trukket frem som relevante tiltak for gruppa. Innsikten viser at det trengs både klarere føringer og mer ressurser for å gi denne gruppen et bedre tilbud.

Sist, men ikke minst, viser innsikten at det mangler **koordinering av tilbudet på tvers og et sammenhengende løp** for barn og unge mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I fravær av koordinering, må ungdom eller foreldre selv ta ansvar for å sikre helheten i tilbudet og overføre informasjon mellom tjenester. Det trengs en tydeliggjøring av hvem som har ansvar for å sikre helheten i tilbudet. For å sikre et helhetlig forløp, trengs også avklaring av de ulike tjenestenes ansvar og roller i forhold til de ulike tiltaksnivåene. Det trengs også at man jobber mer målrettet med å bygge samhandlingskultur og forståelse av hverandres roller og mandat.

En trappetrinnsmodell for tiltak forutsetter at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle tiltaksnivåer. For at lavterskel tjenester skal kunne ha en åpen dør og tilby tjenester uten ventetid, er de avhengig av å kunne henvise barnet eller ungdommen videre til andre tjenester ved behov. Trappetrinnsmodellen forutsetter også at det finnes tilstrekkelig kompetanse i kommunen til å kunne vurdere alvorlighet av psykiske helseplager og hva som er rett tilbud, eventuelt at disse vurderingene gjøres sammen med BUP, som beskrevet under kapitlet om samarbeid om henvisningsprosessen. På samme måte er også BUP-ene avhengig av at kommunene har et

oppfølgings og behandlingstilbud for de med milde-moderate vansker, slik at BUP kan ta ansvar for de som trenger spesialisert utredning og behandling. I innsikten har man ikke sett på tall eller grunnlag for kapasitetsbehov på de ulike tiltaksnivåene. Dette er et spørsmål det vil jobbes videre med i arbeidet med veilederen.

En trappetrinnsmodell forutsetter også at det er tett samarbeid og smidige overganger mellom de ulike tjenestene og nivåene, og at tjenestene har avklart roller og ansvar i samarbeidet slik at ansvaret er avklart på de ulike nivåene av tiltakskjeden. Et gjennomgående funn i innsikten er at det er behov for en tydeliggjøring av de ulike tjenestenes roller og arbeidsoppgaver for å sikre en helhetlig tenkning omkring psykisk helsearbeid for barn og unge.

Oppsummering og konklusjon

Målet med innsiktsarbeidet var å få tak i det bærende prinsipp for psykisk helsearbeid for barn og unge: hvem har ansvar, hvordan er samarbeidet internt i kommunen, og hvordan er samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten?

Innsiktsarbeidet ble gjennomført for å få tak i målgruppens behov og sikre et godt beslutningsgrunnlag for videre arbeid med den tverrsektorielle veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge. Gjennom intervjuer med et bredt utvalg av brukere, kommuner, BUPer og kompetansesentre har vi fått frem et relativt entydig bilde av styrker, utfordringer og muligheter innen psykisk helsearbeid. Innsikten underbygger og bekrefter funn fra tidligere rapporter og kunnskapsoppsummeringer.

Selv om innsikten viser stor grad av variasjon mellom kommunene i organisering av det psykiske helsearbeidet, fremkommer en rekke fellestrekk som peker på en ideell modell for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer. Disse fellestrekkene er:

- Kommunen har en helhetlig plan eller strategi for psykisk helse barn og unge
- Fokus på helsefremming og forebygging på de universelle arenaer, som barnehage, skole og helsestasjon og skolehelsetjenesten.
- Tett samarbeid mellom tjenestene i kommunen og tilgang på kompetanse i barnehager og skoler for å sikre at barn, unge og familier som trenger hjelp fanges opp tidligst mulig og at det settes inn tiltak før de utvikler mer alvorlige vansker.
- Tilgjengelige digitale tjenester og lavterskel tilbud med åpen dør for barn, ungdom og foresatte
- En tjeneste i kommunen som har ansvar for oppfølging og behandling av psykiske helseplager, som er tverrfaglig sammensatt og kan kartlegge og vurdere psykiske helseplager.
- Lokale samarbeidsmodeller mellom kommune og BUP om henvisninger til BUP ved moderat-alvorlige vansker.
- Godt tverretattlig samarbeid om barn og unge med langvarige og alvorlige vansker, herunder særlig ungdom med langvarige funksjonsnedsettelse og barn og unge som får oppfølging fra barnevernet.

Når det gjelder utfordringer fremkommer et relativt entydig bilde av hvor det er behov for avklaringer og tydeligere føringer. En gjennomgående tilbakemelding fra de som deltok i innsiktsarbeidet, var at både brukere, fagfolk i kommuner og helseforetak ser behov for tydeligere nasjonale føringer når det gjelder psykiske helsearbeid for barn og unge.

«Ønsker en veileder som tydeliggjør oppgaver og ansvar, og som kan være en hjelp for å samhandle bedre i kommunen» (Kommune).

Innsikten viser at det særlig er behov for avklaring og tydeliggjøring på følgende områder:

- Tydeliggjøre hva som er barn og unges behov.
- Utvikle et felles begrepsapparat for psykiske helseplager på tvers av tjenestene.
- Tydeliggjøre de ulike tjenestenes roller og oppgavefordeling og forventninger til tverrsektorielt samarbeid.
- Avklare hva som er et lavterskel psykisk helsetilbud.
- Tydeliggjøre hva som er kommunens ansvar for oppfølging og behandling ved psykiske helseplager, herunder også fastlegens rolle.
- Tydeliggjøre forventninger til ansvar og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Tydeliggjøre koordineringsansvaret på tvers av sektorer og nivåer.

Denne innsiktsrapporten er en del av grunnlagsmateriale for det videre arbeidet med utvikling av en ny tverrsektoriell veileder for psykisk helse barn og unge. De identifiserte områdene vil følges opp i det videre arbeidet med veilederen.

- ## Helsedirektoratets produkter:

- «Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester»
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med->
- Veiviser i psykisk helse og livskvalitet
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse->
- «Sammen om mestring - lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne»
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid>
- Nasjonal faglig retningslinje tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>
- Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Pakkeforløp psykiske lidelser hos barn og unge
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Utrede og evaluere samarbeidsløsninger for dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste før og under henvisningsvurdering (rapport kommer)
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samarbeidsformer-mellom-kommunale-tjenester-og-spesialistt>

