

VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak for barnevernet

En kvalitativ evaluering av arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT) og arenafleksibelt behandlingsteam (ABT)

Alida Skiple, Tina Mathisen, Stine Bruland og Maren S. Folkvord

STORBYUNIVERSITETET
VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

NOVA RAPPORT NR. 10/24



Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak for barnevernet

En kvalitativ evaluering av arenafleksibelt team
barnevern psykisk helse (AFT) og
arenafleksibelt behandlingsteam (ABT)

ALIDA SKIPLE, TINA MATHISEN, STINE BRULAND
OG MAREN S. FOLKVORD

Velferdsforskningsinstituttet NOVA er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på OsloMet – storbyuniversitetet.

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Rapportene som NOVA gir ut, har gjennomgått [våre kvalitetssikringsrutiner](#) som sikrer at de oppfyller NOVAs faglige og etiske krav for forskningsrapporter.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA

OsloMet – storbyuniversitetet 2024

ISBN (online): 978-82-7894-872-9

ISSN (online): 1893-9503

Illustrasjonsfoto: Midjourney (KI-generert)

Layout: Aksell AS

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

NOVA, OsloMet

Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: 67 23 50 00

Nettadresse: www.oslomet.no/om/nova

Forord

Denne rapporten er utarbeidet som et resultat av forskningsprosjektet *Evaluering av Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak for barnevernet* på oppdrag fra Oslo kommune. Formålet med prosjektet var å evaluere om Oslo kommunes arenafleksible tiltak fungerer etter intensjonen om å jobbe på og med de arenaene der barnet/ungdommen eller familien har mest utfordringer og trenger hjelp. Prosjektet startet høsten 2023 og ble avsluttet høsten 2024.

Takk til Henrik Karlson og resten av teamet i Barne- og familieetaten for godt samarbeid underveis, og takk til ansatte i de to arenafleksible tiltakene for å ha invitert oss med på møter og deltatt i intervjuer. En stor takk rettes også til alle ungdommer og foreldre som har tatt seg tid til å snakke med oss.

En spesiell takk til Elisabeth Backe-Hansen som har kvalitetssikret rapporten, og takk til forskningsleder Marie Louise Seeberg for nyttige innspill i innspurten.

Oslo, oktober 2024

Alida Skiple, prosjektleder

Innhold

Forord	4
Sammendrag	7
1 Innledning	11
Problemstillinger	12
Rapportens oppbygning	13
2 Bakgrunn og tidligere forskning.....	14
Hjelpetiltak i barnevernet	14
Samarbeidsordninger rundt utsatte barn og unge	17
Retten til medvirkning og medvirkning i barnevernet	20
Oslo kommune som hjem for arenafleksible tiltak	22
3 Metode og data	24
Kvalitativ prosessevaluering	24
Dokumentanalyse	25
Intervjuer og møtedeltagelse med ansatte i teamene og samarbeidspartnere	27
Intervjuer med ungdom og foreldre	28
Forskningsetiske vurderinger	28
Metodiske begrensninger	29
4 Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT).....	31
Fremvekst, intern organisering og målgruppe	31
Tverrfaglig modell i teori og praksis	37
Fleksibilitet og systemisk arbeid som grunnlag for å lykkes	40
Familiens erfaringer med AFT	51
Samarbeidspartners erfaringer med AFT	68
Oppsummerende refleksjoner om AFT	73
5 Arenafleksibelt behandlingsteam ABT.....	76
Fremvekst, intern organisering og målgruppe	76
Arenafleksibilitet i praksis	84
Familiens erfaringer med ABT	101
Oppsummering av ABT	107
6 Forholdet mellom tiltakene og barneverntjenestene	110
Før tiltaket starter – bestillerkompetanse	110
Når vedtaket er på plass – rolleavklaring og kommunikasjon	113
Etter at tiltaket er avsluttet – hva nå?	117

7 Diskusjon og anbefalinger	119
Arenafleksibilitet i teori og praksis	119
Familienes erfaringer med arenafleksibel hjelp	123
Forholdet til barneverntjenestene og instanssamarbeidet	125
Justeringer og oppfølging av måloppnåelse	130
Overordnet konklusjon og veien videre	132
Summary	136
Litteratur	140
Vedlegg 1: SEM-A	144

Sammendrag

I denne rapporten presenterer vi funn fra forskningsprosjektet *Evaluerings av Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak for barnevernet* på oppdrag fra Oslo kommune. Høsten 2020 opprettet Barne- og familieetaten (BFE) to arenafleksible tiltak. Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT) tilbyr hjelp til barn og unge med psykiske lidelser eller vansker. Arenafleksibelt behandlingsteam (ABT) tilbyr hjelp til barn og unge som har problemer knyttet til fysisk/verbal aggresjon, vold, rus og kriminalitet. Begge teamene gir helhetlig hjelp til barn og unge i en avgrenset periode (vanligvis 9–12 måneder). Med helhetlig menes at det jobbes flersystemisk, både med relasjonene innad i familien og på de arenaene barnet/ungdommen og familiene trenger hjelp. Tidligere forskning og tilsyn har funnet at barnevernets hjelpetiltaksarbeid ofte mangler dette helhetlige perspektivet på barnet, foreldrene og hele familien.

De to arenafleksible tiltakene kan bestilles av de 15 barneverntjenestene i Oslo kommune. Det vil si at barneverntjenestene henviser barn og familier de tenker kan ha nytte og behov for denne type helhetlig hjelp, utover det de selv kan tilby. Tiltakene skal bidra til økt mestring og livskvalitet hos både ungdom og foreldre og styrke relasjonene mellom dem. Tiltakene skal også styrke familiens nettverk for hjelp og støtte, understøtte de ulike instansenes samarbeid og sette foreldrene i stand til å ha mer av denne funksjonen etter tiltakets slutt.

Det overordnede forskningsspørsmålet som besvares i denne rapporten, er *om tiltakene fungerer etter intensjonen*, det vil si om det jobbes på og med de arenaene der barnet/ungdommen eller familien har mest utfordringer og trenger hjelp. Vi har undersøkt hva som ligger i begrepet «arenafleksibel», familiens erfaringer med arenafleksibel hjelp samt tiltakenes forhold til barneverntjenestene og samarbeidet med andre instanser. Vi peker også på hvilke endringer som er gjort i prosessen med å etablere tiltakene, og kommer med noen forslag til justeringer og anbefalinger for videre oppfølging.

Metode og datagrunnlag

Datamaterialet består av observasjon og intervjuer med ansatte i tiltakene, intervjuer med ungdommer og foreldre som har fått hjelp av tiltakene, og intervjuer med barneverntjenesten, skole, helsetjenesten og politi. Vi har til sammen intervjuet 20 ansatte i de to tiltakene, 11 ungdommer, 13 foreldre og 11 ansatte fra øvrige instanser. I tillegg har vi gjort cirka 20 timer observasjon av team- og evalueringsmøter. Vi har også fått tilgang til interne styringsdokumenter og et utvalg av tiltakenes rapporter til barneverntjenestene.

Samsvar mellom arenafleksibilitet i teori og praksis

Den formelle intensjonen om å jobbe arenafleksibelt og ha en koordinerende rolle for å støtte familienes samarbeid med instansene ser ut til å være relativt lik for begge tiltak. Begge tiltakene kartla og arbeidet med barn/ungdom, familien og instansene rundt. Teamene var fleksible med hensyn til hvilke arenaer det skulle jobbes på, når og hvor de skulle møte familien, og også familienes behov. Det å bli møtt «der man er», som både de ansatte og familiene uttrykte det, handlet ikke bare om at teamene hadde mulighet til å møte barnet eller familien *når* og *hvor* de ønsket. Det handlet vel så mye om å bli møtt med forståelse for de utfordringene som barnet og familien selv ønsket hjelp til der og da, i tråd med en familieterapeutisk forståelsesramme.

Familiene følte seg sett og hørt

Familiene vi snakket med i denne studien, var svært fornøyde med hjelpen de fikk fra de arenafleksible tiltakene. Foreldre uttrykte stor lettelse over at teamene tok over den koordinerende rollen i instanssamarbeidet, slik at familiene fikk mer tid og overskudd til å jobbe med de utfordringene de hadde innad i familien. Flere foreldre, men også enkelte ungdommer, opplevde at hjelpen skilte seg veldig fra det de var vant med fra andre tiltak, eller kontakten med barnevernet generelt. Det å bli møtt av noen som hadde tid og viste interesse for hvordan hver av dem hadde det, og hva de trengte hjelp til, så ut til å være betydningsfullt for relasjonen mellom teamene og familiene. Både ungdom og foreldre uttrykte at de følte seg «sett og hørt», hvilket samsvarer med det familieterapeutiske prinsippet om å møte familien med en ikke-vitende og ikke-dømmende holdning.

Samtlige familier vi har intervjuet, hadde tillit til at terapeutene kunne hjelpe dem. De som hadde fått hjelp en stund da vi snakket med dem, fortalte at de hadde fått en bedre hverdag. Flere fortalte om mindre konflikter hjemme og at barnet/ungdommen var motivert til å ha et dagtilbud som skole eller jobb. Noen hadde kommet helt tilbake til skolen, mens andre var tilbake en gang i uken eller et par timer om dagen. Flere av ungdommene som fikk hjelp av arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT), hadde fått økt interesse for og deltagelse på fritidsaktiviteter, og flere av ungdommene som fikk hjelp av arenafleksibelt behandlingsteam (ABT), hadde fått hjelp til å få seg jobb. Av familiene som hadde avsluttet tiltaket, var det noen som fremdeles hadde kontakt med barnevernet, og noen som hadde avsluttet kontakten med barnevernet samtidig som tiltaket ble avsluttet. Utover dette har vi i denne studien ikke kunnskap om hva som skjer når tiltakene avsluttes.

Ulike samarbeidsformer i systemene

Et sentralt element i det systemiske arbeidet de ansatte i tiltakene gjorde, var å skape en felles forståelse blant aktørene som inngikk i «laget rundt barnet», og

sørge for å ansvarliggjøre disse. Begge tiltakene jobbet med målgrupper som kjennetegnes av ufrivillig skolefravær, og skolen fremstod dermed som en sentral samarbeidspartner. Tiltakene jobbet ofte med å bedre skole–hjem-samarbeidet, ved å veilede skoleansatte og supplere dem med viktig kunnskap om hva som lå bak barnets/ungdommens adferd, samt opptre som barnets/ungdommens eller familiens stemme i møter med skolen. Når det gjaldt andre instanser, jobbet arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT) ofte parallelt med psykisk helsevern for barn og unge. Informantene fra helsetjenestene opplevde at tiltaket komplementerte dem godt, fordi de kunne følge opp ungdommen eller familiene utenom kontortiden. Psykiske vansker utgjorde også en sentral del av det helhetlige utfordringsbildet for målgruppen til arenafleksibelt behandlingsteam (ABT).

Når det gjaldt forholdet til barneverntjenestene, fant vi at begge tiltakene opplevde at de fikk en del henvisninger når det egentlig var for sent å få til en endring i familiene. Årsakene de pekte på, var både bydelenes økonomi og kunnskap om og kjennskap til hva tiltakene er og kan bidra med. I en av bydelene som hadde brukt tiltakene mye, pekte saksbehandleren vi intervjuet, på at de ikke nødvendigvis prøvde alle andre hjelpetiltak først. Bydelen hadde også etablert en praksis for å ta direkte kontakt med tiltakene for å drøfte henvisningsgrunnlaget før henvisningen ble gjort. Underveis i tiltaket så det ut til å være noe variasjon i hvor involvert saksbehandler var i det øvrige instanssamarbeidet. Dette handler om at barnevernet har ansvar for flere saker per person enn de ansatte i tiltakene, som hadde ansvar for tre–fire saker hver. I denne studien fremstod det som en god løsning at tiltakene holdt barneverntjenesten jevnlig oppdatert via telefon. Tiltakenes kartleggingsrapporter så også ut til å være et sentralt element for barneverntjenestenes videre vurderingsgrunnlag.

Både familienes erfaringer og de ansattes beskrivelser samsvarer med tidligere forskning på samarbeidsutfordringene rundt utsatte barn og unge og mellom ulike velferdstjenester, spesielt mellom psykisk helse og barnevern. Som bindeledd, mellom familie, barneverntjeneste og andre instanser, har tiltakene en viktig rolle i å fremsnakke de ulike aktørene, spesielt barneverntjenesten som skal ivareta familienes oppfølgingsbehov når tiltakene avsluttes.

Anbefalinger og oppfølging av måloppnåelse

På bakgrunn av våre funn anbefaler vi at tiltakene fortsetter å inngå i Barne- og familieetatens tiltaksportefølje for barnevern. Videre anbefaler vi at BFE ved behov for mer bruk av familiebaserte hjelpetiltak øker ressursene til etablerte tiltak, istedenfor å etablere nye. BFE bør få på plass en rutine for systematisk oversikt over varigheten på tiltakene og begrunnelse for avslutning for å øke kunnskapen om tiltakenes treffsikkerhet. I denne oversikten bør det også fremkomme hvordan saken følges opp av barneverntjenesten, for eksempel med andre mer lavterskel hjelpetiltak, institusjonsplassering eller avslutning av

saken. Dette vil fremskaffe ytterligere informasjon om hvordan det går med familiene som har fått hjelp, og i hvilken grad tiltakene innfrir målet om at familien istandsettes til å benytte hjelpeinstansene på egenhånd.

1 Innledning

Hvert år mottar mellom 40 000 og 50 000 barn og unge hjelp fra barnevernet. Cirka 70 prosent av hjelpen som mottas av barnevernet, består av hjelpetiltak. En stor andel av hjelpen barnevernet gir, består av tiltak for å styrke foreldreferdighetene og tiltak for å styrke barnets utvikling, og en mindre, men økende andel er rettet mot nettverksarbeid og samarbeid med andre tjenester.¹ Arbeidet med bedring av samarbeidet mellom velferdstjenestene henger sammen med kunnskapen om at utsatte barn og unge ofte har sammensatte og komplekse utfordringer som krever behandling på tvers av sektorer og tjenester. Samtidig har det vært vanskelig å finne gode samarbeidsmodeller (Backe-Hansen, 2024; Direktoratet for forvaltning og IKT, 2014; Hansen et al., 2020; Tøssebro et al., 2023). I tillegg til behovet for bedre samarbeid mellom ulike instanser og sektorer som jobber med barn og unge, har vektleggingen av barnet som aktør og barns rett til medvirkning i saker som angår dem, økt i samfunnet generelt og ikke minst i barnevernet. Dette innebærer at hjelpetiltak som tilbys barn og unge med sammensatte utfordringer, må rette arbeidet mot både barnets og familiens behov og i tillegg kartlegge og forholde seg til en rekke potensielle samarbeidspartnere.

I 2020 etablerte Barne- og familieetaten i Oslo kommune to nye hjelpetiltak som tilbyr behandling til barn og familier med sammensatte og komplekse behov. Formålet med tiltakene er å skreddersy og tilpasse behandlingen ut fra barnas og foreldrenes behov, drive nettverksarbeid og samarbeide med de instansene det er behov for å samarbeide med. Målene er å bedre barnets funksjon i hverdagen og familiens evne til løse barnets/ungdommens utfordringer. De to tiltakene har ulike målgrupper, og evalueringen er derfor ikke ment som en komparativ studie. Begge tiltakene går under kategorien arenafleksible tiltak for barnevernet og har en normert varighet på 12 måneder.

Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT) er et tilbud til unge som har psykiske vansker med nedsatt funksjon på områder som skole, vennskap, fritid og familie.² AFT er et tilbud til ungdom i alderen 12 til 18 (og eventuelt opp til 25) år. Hver enkelt familie får tett oppfølging av et fast team bestående av en ungdomsansvarlig (miljøterapeut), en familieansvarlig (psykolog/familieterapeut) og en spesialpedagog, som har den primære kontakten med skole. Teamet jobber med støtte og tilrettelegging når det gjelder familierelasjoner, skole, fritidsaktiviteter og øvrige sosiale nettverk. Teamet tar en koordinerende rolle overfor relevante instanser som skole og psykisk helsevern for barn og unge.

1 <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/Barn-med-hjelpetiltak> (hentet 07.08.24)

2 <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-ungdom-og-familie/barnevern-og-foreldreveiledning/barnevernsinstitusjoner/arenafleksibelt-team-barnevern-psykisk-helse/>

Arenafleksibelt behandlingsteam (ABT) er et tilbud for unge med utadrettet problematikk som fysisk/verbal aggresjon, vold, rus, kriminalitet eller bekymringsfull seksuell adferd.³ ABT er et tilbud til barn og ungdom i alderen 5 til 18 (og eventuelt opp til 25) år. Barnet eller ungdommens familie får tett støtte og veiledning fra en fast terapeut som har kontakt med både barnet/ungdommen, foreldre og andre viktige personer i barnets liv. Formålet er at *den uønskede adferden erstattes med mer hensiktsmessige uttrykksformer, meningsfulle relasjoner og aktiviteter* (ABT brosjyre). Barnehage/skole, fritid, barne- og ungdomspsykiatrien, SaLTo, politi, uteseksjonen, NAV og konfliktrådet inngår som en del av teamets samarbeidspartnere. Teamet tar en koordinerende rolle ovenfor relevante instanser og veileder dem ved behov.

Problemstillinger

Det overordnede forskningsspørsmålet for denne studien er *om Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak fungerer etter intensjonen*. Felles for de to tiltakene er intensjonen om å jobbe på og med de arenaene der barnet/ungdommen eller familien har mest utfordringer og trenger hjelp. Ettersom «arenafleksibilitet» er et nytt begrep innenfor barnevern, vil studien også belyse hva som ligger i det. De underliggende forskningsspørsmålene som Barne- og familieetaten ønsket å få svar på, operasjonaliseres her i fire bolker. I parentes indikerer vi hvilke kapitler som tar for seg de ulike bolkene:

1. Arenafleksibilitet i teori og praksis (kap. 4 og 5)
 - a) *Hvordan og i hvilken grad er tiltaket forankret i forskning om hva som virker med tanke på mål/målgrupper og anerkjent teori på området?*
 - b) *Hva er fordeler og ulemper med den nåværende organiseringen?*
 - c) *Hvordan er de ressursmessige rammene sett i forhold til målene?*
2. Familienes erfaringer med arenafleksibel hjelp (kap. 4 og 5)
 - d) *Hvordan fungerer samarbeidet med brukerne / medvirkning?*
 - e) *Hvordan vurderer barn og unge som er i eller har vært i tiltaket, tiltaket med hensyn til nytte, trygghet, intensitet e.l.?*
 - f) *I hvilken grad opplever brukerne økt mestring og en bedre hverdag?*
3. Forholdet til barneverntjenestene og instanssamarbeidet (kap. 4, 5 og 6)
 - g) *Hvordan fungerer samarbeidet med andre instanser/tjenester?*
 - h) *Hva er fordeler og ulemper med de ulike samarbeidsmodellene med bydelene?*
 - i) *Hvordan er barna ivaretatt av andre instanser etter at AFT/ABT er avsluttet?*

3 <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-ungdom-og-familie/barnevern-og-foreldreveiledning/barnevernsinstitusjoner/arenafleksibelt-behandlingsteam/>

4. Forslag til justeringer og oppfølging av måloppnåelse (kap. 7)

j) Hvilke justeringer bør gjøres for å videreutvikle tiltakene?

k) Hvordan bør Barne- og familieetaten fremover følge med på tiltakets måloppnåelse?

Rapportens oppbygning

Neste kapittel inneholder bakgrunnskunnskap og tidligere forskning som er relevant for våre forskningsspørsmål. Kapittelet tar for seg barnevernets hjelpetiltak, tverrfaglig samarbeid og medvirkning i barnevernet. Siste del av kapittelet presenterer studiens kommunale kontekst.

Kapittel 3 inneholder en redegjørelse for hvilke metoder vi har brukt, og hvilket empirisk datamateriale vi har samlet inn. Her gis det også en oversikt over hvilke forskningsetiske vurderinger vi har gjort underveis og i fremstilling av funnene, samt studiens metodiske begrensninger.

De empiriske delene av denne rapporten er inndelt i tre kapitler. Kapittel 4 inneholder funn fra det arenafleksible tiltaket AFT, mens kapittel 5 inneholder funn fra det arenafleksible tiltaket ABT. Ettersom vi evaluerer to tiltak med ulike forutsetninger for etablering, er strukturen og innholdet i kapittel 4 og 5 litt forskjellig. Kapittel 4 gir for eksempel en grundigere gjennomgang av fremveksten av AFT ettersom denne prosessen er tydelig formalisert. I kapittel 4 er det også et eget avsnitt som tar for seg samarbeidspartners erfaringer med AFT ettersom det er flere informanter her. Samarbeid med skole og helsesektoren er sentralt i arbeidet med målgruppen i AFT, og deres erfaringer bidrar til å løfte frem hva tiltaket bidrar med i samarbeidet om barn og unge med nedsatt psykisk helse. Denne delen er samtidig relevant for ABT. I intervjuene med ansatte i ABT og deres samarbeidspartnere var det lagt mer vekt på forholdet til barneverntjenestene, og dette utgjør derfor en større andel av kapittel 6 som handler om forholdet mellom tiltakene og barneverntjenesten, både før, underveis og når tiltakene avsluttes.

Kapittel 7 gir en samlet besvarelse på de skisserte forskningsspørsmålene basert på analysene av både AFT og ABT. Selv om vi ikke sammenligner de to tiltakene, verken med hverandre eller andre hjelpetiltak, peker vi på likhetstrekk i hvordan arenafleksibilitet beskrives og erfares, for å si noe overordnet om *hva* det vil si å jobbe arenafleksibelt. Vi diskuterer også forskjeller i de to tiltakenes målgrupper og hvordan de to tiltakene er organisert. Til sist peker vi på noen justeringer som kan gjøres, samt hvordan vi ut fra våre funn anbefaler Barne- og familieetaten å følge med på tiltakenes måloppnåelse.

2 Bakgrunn og tidligere forskning

De arenafleksible tiltakene er hjelpetiltak etter barnevernloven § 3-1. I dette kapitlet går vi derfor gjennom hva et slikt hjelpetiltak skal være, og hvordan slike tiltak kan se ut i praksis. I gjennomgangen løfter vi frem noen andre tiltak som har likhetstrekk med de arenafleksible tiltakene når det gjelder arbeidsmåte eller teori. Vi beskriver her kort ulike former for familiebasert behandling som spesialiserte hjelpetiltak og systemisk familieterapi. Deretter presenterer vi tidligere forskning på samarbeidsformer med spesiell relevans for målgruppene i de arenafleksible tiltakene. Vi gjør så rede for retten til medvirkning og tidligere forskning på medvirkning i barnevernet. Til slutt presenterer vi den kommunale konteksten for de arenafleksible tiltakene i Oslo.

Hjelpetiltak i barnevernet

Når barneverntjenesten mottar en bekymringsmelding vedrørende et barn, vurderes det først om det er behov for å igangsette en undersøkelse. Hvis det igangsettes en undersøkelse, vil en saksbehandler i barneverntjenesten få ansvaret for å kartlegge barnets utfordringer, forholdene i hjemmet, nærmiljøet, skolesituasjonen og eventuelle hjelpebehov. Over halvparten av undersøkelsene resulterer i at sakene legges bort uten tiltak.⁴ For sakene som ikke legges bort, er det mest vanlig å tilby frivillig hjelpetiltak i hjemmet.

Når barnet på grunn av sin omsorgssituasjon eller adferd har et særlig behov for hjelp, skal barneverntjenesten tilby og sette i verk hjelpetiltak for barnet og foreldrene. Hjelpetiltak skal være egnet til å møte barnets og foreldrenes behov og til å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.
(Barnevernsloven § 3-1 Frivillig hjelpetiltak)

Som nevnt innledningsvis kan hjelpetiltakene grovt inndeles i tre kategorier: tiltak for å styrke foreldrenes omsorg, tiltak for å styrke barns utvikling og tiltak som styrker barnets familie, nettverk og miljø. Det er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, som er fagdirektorat for barnevernet, som opererer med denne inndelingen. Når det gjelder hvilke tiltak de kommunale barneverntjenestene tilbyr, fremkommer dette av SSBs statistikkbank. Ifølge barnevernsstatistikken for 2023 utgjorde *råd og veiledning* til foreldre over halvparten av alle hjelpetiltak som gis i kategorien tiltak for å styrke foreldreferdigheter, mens det hyppigst brukte tiltaket for å styrke barns utvikling var *økonomisk hjelp*.⁵ Når det gjaldt kategorien for samarbeidstiltak, utgjorde *deltagelse i ansvarsgruppemøter* nesten tre fjerdedeler, eller 74,2 prosent. SSBs statistikkbank er basert på antall tiltak som gis i løpet av et år, og ikke

4 <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/bekymringsmeldinger-til-barnevernet#section-11> (hentet 07.08.24)

5 <https://www.ssb.no/statbank/table/10661/> (hentet 07.08.24)

antall barn. Samme barn og familie kan godt få flere tiltak i løpet av året eller motta en kombinasjon av hjelpetiltak som veiledning i hjemmet, ansvarsgruppemøte og samtaler med barn (Helsetilsynet, 2019). De arenafleksible tiltakene som evalueres i denne studien, er eksempler på tiltak som både er ment å styrke foreldrene, barnets utvikling og familiens nettverk. Begge tiltakene presenterer seg som flersystemiske og familiebaserte.

Ifølge en kunnskapsoppsummering gjennomført av Folkehelseninstituttet (FHI) ser familiebaserte hjelpetiltak ut til å ha en vedvarende positiv effekt for barn og unge med adferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger. Ved å blant annet involvere og veilede foreldre kan familiebaserte tiltak gjennom tilpasninger i oppdragerpraksis veilede barna til endringer i adferd (Berg et al., 2020). Både Helsetilsynet (2019) og Christiansen et al. (2015) har funnet at barnevernets hjelpetiltaksarbeid ofte mangler et helhetlig perspektiv på barnet, foreldrene og familien, og at barnevernet dermed ikke treffer med tiltak som passer familienes behov. Tidligere forskning og tilsyn har også pekt på lokale og regionale variasjoner i hvilke tiltak som tilbys av de kommunale barnevernstjenestene (Helsetilsynet, 2019; Kristofersen, 2018). I tillegg finnes det lokale variasjoner i form av høy grad av skjønnsutøvelse hos den enkelte saksbehandler i kommunene (Christiansen & Kojan, 2023).

På bakgrunn av de ovenfornevnte svakheter ved og variasjon i det kommunale tjenestetilbudet ble det på oppdrag fra Bufdir utviklet en «grunnmodell for hjelpetiltak» (Nordahl et al., 2023). Grunnmodellen skal bidra til at barn og unge skal få tilpasset og riktig hjelp til rett tid, i tillegg til å styrke kvalitet, forutsigbarhet og likeverdighet i barnevernets arbeid med hjelpetiltak. Grunnmodellen er for øvrig forankret i Urie Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori og forskning om risiko og beskyttelsesfaktorer for barns utvikling. Bronfenbrenners teori kalles ofte for en sosialøkologisk modell da den viser hvilke systemer eller miljøer barns utvikling er påvirket av, og de ulike systemene omtales her som mikro-, meso-, ekso-, makro- og kronosystemet (Bronfenbrenner, 2005). Vi skal senere i rapporten vise hvordan de arenafleksible tiltakene jobber ut fra den sosialøkologiske modellen, og viser til **faktaboks 1** for mer informasjon om de ulike systemene.

Bronfenbrenners modell

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori er en kombinasjon av elementer fra både sosiologisk teori og utviklingspsykologi (Bronfenbrenner her gjengitt i Kvello, 2012). Bronfenbrenners teori kalles ofte for en sosialøkologisk modell da den viser hvilke systemer eller miljøet barns utvikling er påvirket av. Mikrosystemet består av de miljøene som barnet daglig er en del av: familien, nærmiljøet, barnehagen, skolen og fritidsarenaer (Kvello, 2012, s. 66). Mikromiljøene kjennetegnes av personlige relasjoner. Mesosystemet omfatter to eller flere mikrosystemer, og er relasjonene og prosessene mellom mikrosystemene (Kvello, 2012, s. 69). Det som gir best indikasjon på

kvaliteten ved barns oppvekstmiljø finner man ikke ved å se på kvaliteter i det enkelte mikrosystemet, men heller ved å se på hva mikromiljøene samlet sett gir av utviklingsbetingelser for barnet. Eksosystemet er en indirekte påvirkning på barnets utvikling. Dette kan for eksempel være forhold ved foreldrenes arbeidsplass som påvirker foreldrene og familiesituasjonen (som stress, arbeidstider, fleksibilitet og lønnsforhold) (Kvello, 2012, s. 70). De øvrige samfunnsinstitusjonene, slik som helse og barnevern er på eksosystemnivå. Makrosystemet innebærer større samfunnsstrukturer som ideologiske, økonomiske og historiske tradisjoner, og politiske orienteringer og beslutninger. Beslutninger som tas på makronivå påvirker ofte hele befolkningen. I senere tid inkluderte Bronfenbrenner også kronosystemet, for å understreke at personer og miljøer utvikles og endres *over tid*. (Kvello, 2012, s. 71).

De mest kjente tiltakene som baserer seg på den sosialøkologiske teorien, er de systemorienterte hjelpetiltakene som kommunene kan kjøpe av Barne-, ungdoms- og familietaten (Bufetat). Ifølge Bufdir tilbyr Bufetat spesialiserte hjelpetiltak «når barnet eller ungdommen har en problembelastning som kan gi grunnlag for plassering i fosterhjem eller institusjon»⁶. Tiltakene er dermed ment for å hindre plassering utenfor foreldrehjemmet. I dag består det statlige tilbudet av multisystemisk terapi (MST), relasjonsfokustert familieterapi (RFT), tidligere funksjonell familieterapi (FFT) og parent management training – Oregon-modellen (PMTO). Som følge av barnevernsreformen av 2022, som skal bidra til å styrke kommunenes forebyggende barnevernsarbeid, tilbys nå PMTO av enkelte kommunale barneverntjenester.

PMTO er et veiledningstiltak til foreldre med barn i alderen 3–12 år hvor samspillet mellom foreldre og barn preges av gjensidig negativitet.⁷ PMTO kan tilbys som individuell eller gruppebasert veiledning vanligvis over 20–25 uker. FFT og MST er tiltak for ungdom i alderen 11–18 år med moderate til alvorlige adferdsproblemer og har vanligvis en varighet på 3–6 måneder eller mindre om målene er oppnådd. Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) har videreutviklet FFT og tilbyr nå behandlingsmodellen relasjonsfokustert familieterapi (RFT) for ungdommer som viser bekymringsfull adferd som vanskeliggjør samspillet i ungdommens familie og/eller nettverk.⁸ MST anses å være noe mer intensivt og fleksibelt enn FFT når det gjelder tid og sted, og tilbys familier som har behov for hjelp på flere arenaer samtidig (Mørkrid & Christensen, 2007). MST er en familie- og nærmiljøbasert metode for ungdom med alvorlige adferdsvansker, typisk rus og kriminalitet (Rismoen & Solberg,

6 <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/spesialiserte-hjelpetiltak-og-endringer-i-bufetats-tilbud> (hentet 07.08.24)

7 <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/pmt-individuell> (hentet 07.08.24)

8 <https://www.nubu.no/RFT/> (hentet 07.08.24)

2023). MST kartlegger familien og nøkkelpersoner utenfor familien og tilbyr fleksibel og tett kontakt samt en telefon som foreldrene kan ringe døgnet rundt. «Arenafleksibilitet» er et relativt nytt begrep innenfor barnevern, og de to tiltakene har ikke vært forsket på før. Et sentralt spørsmål er derfor hva det vil si å jobbe arenafleksibelt, jamfør det overordnede forskningsspørsmålet om hvorvidt tiltakene jobber etter intensjonen.

En annen form for familiebasert behandling er systemisk familieterapi som i Norge har hatt en faglig base i familievernnet. Selv om familievernnet hovedsakelig hjelper par med relasjonelle vansker, har den relasjonelle arbeidsmåten overføringsverdi til hvordan de arenafleksible tiltakene jobber. Begge tiltakene har inkludert familieterapeuter som en del av den tverrfaglige kompetansen i teamene. En familieterapeutisk tilnærming innebærer at man forstår problemer, som psykiske vansker eller adferdsvansker, som noe som oppstår og opprettholdes i relasjoner, fremfor i individet. Både problemer og løsninger handler om det som foregår mellom mennesker, og for å få til en endring må man derfor se på hele familiesystemet og ikke kun individet (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Sentrale prinsipper i familieterapien er å møte brukerne/klientene fra en «ikke-vitende» og «ikke-dømmende» posisjon. Målet med en slik tilnærming er å skreddersy tilbudet til den enkelte ungdom og deres familier ettersom hver ungdom og familie forstås som unik (jf. Bergflødt et al., 2023). Tilnærmingen har derfor også tradisjonelt gått sterkt imot manualbaserte behandlingsforløp, slik de spesialiserte hjelpetiltakene (som beskrevet i forrige avsnitt) ofte er lagt opp etter. En studie av brukernes erfaringer med familievernnet fant at mange var fornøyde med familievernets systemiske relasjonelle tilnærming, og brukerne følte de fikk tilpasset hjelp etter sine behov (Bergflødt et al., 2022).

Samarbeidsordninger rundt utsatte barn og unge

Som en del av grunnmodellens mål om å styrke *kvalitet, forutsigbarhet og likeverdighet* har behovet for bedre koordinering og samarbeid mellom ulike instanser også vært et sentralt element (Nordahl et al., 2023). Behovet for og utfordringene med samordning av tjenester for utsatte barn og unge har vært en velferdspolitisk sak i flere tiår (NOU 2009: 22) og har vært en del av flere satsinger: NAV-reformen fra 2006, Samhandlingsreformen fra 2012, 0–24-samarbeidet (2015–2020) og BarnUnge21-strategien hvor målet var å «skape en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon for utsatte barn og unge» (Forskningsrådet, 2021, s. 3).

Den seneste utviklingen er samarbeidsbestemmelsene fra 2022 som innebærer lovpålagte bestemmelser om samarbeid, samordning, barnekoordinator og individuell plan.⁹ Bestemmelsene innebærer 14 endringer i velferdstjenestelovgivningen som blant annet gir tjenestene plikt til å samarbeide både på

9 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier/innledning-samarbeid-til-barns-beste> (hentet 07.08.24)

system- og saks-/individnivå. Den nasjonale veilederen er utarbeidet av Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. NTNU Samfunnsforskning følgeevaluerer lovendringene på oppdrag fra de fire direktoratene. Den første delrapporten pekte på at kommunene allerede har flere samarbeidsformer på plass, men at de etterlyser bedre samarbeid mellom barnevern, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og andre helsetjenester (Tøssebro et al., 2023, s. 127). Av forhold som hindrer bedre samarbeid, nevnes ressurser og kapasitet som viktigst, men også mangel på møteplasser, mangel på kunnskap om hva andre kan bidra med, og regelverk (Tøssebro et al., 2023, s. 127). En studie av samarbeidet mellom blant annet barnevernet, helse, skole, NAV og politi fant at ansatte fra øvrige sektorer ofte har en generell mistillit til barneverntjenesten, og at dette kan hindre vellykket nettverksarbeid (Lo et al., 2022).

De arenafleksible tiltakene som evalueres i denne studien, er ikke en del av de kommunale barneverntjenestene, men jobber på oppdrag for og rapporterer til dem. Et sentralt spørsmål i denne studien er hvilken samarbeidsmodell de arenafleksible tiltakene jobber etter, og hvordan dette oppleves av samarbeidspartnere som skole, helse og politi. I det følgende skal vi kort gjøre rede for noen samarbeidsformer som allerede finnes for de to målgruppene de arenafleksible tiltakene jobber med.

SLT-modellen

Flere av aktørene som inngår i samordningsmodellen for lokale, forebyggende tiltak mot rus- og kriminalitet (SLT), er relevante samarbeidspartnere for Arenafleksibelt behandlingsteam. SLT-modellen i Oslo har fått navnet SaLTo. Dette er en av de eldste formene for tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge for samordning av rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak. SLT er basert på den danske SSP-modellen (skole, social og politi), som ble etablert på 1990-tallet.¹⁰

Når vi snakker om forebygging, er det uavhengig av sektor vanlig å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærtiltak/-aktører. De primære aktørene jobber universelt og har kontakt med så å si alle barn og unge, som helsestasjon, skole, fritid og frivillige aktører. Sekundærraktørene har typisk kontakt med barn som kan anses å være i risikozonen, for eksempel PPT og barnevern. De tertiærfarebyggende aktørene jobber med barn og unge som allerede har utøvd kriminalitet eller på andre måter trenger hjelp til å komme tilbake på rett kjøll, som politi, konfliktrådet eller rus- og psykiatribehandlere. Barn som begår lovbrudd, får vanligvis en kontaktperson i forebyggende avdeling i tilhørende politidistrikt. Konfliktrådet kan bistå med megling og gjennomføring av ungdomsstraff. I saker som handler om rus og/eller kriminalitet, er det ofte snakk om en opphopning av risikofaktorer og levekårsutfordringer i barnets

10 <https://konfliktraadet.no/slt-modellen/det-viktige-samarbeidet/> (hentet 07.08.24)

livssituasjon som fordrer samarbeid mellom de ulike aktørene. Det er dette utfordringsbildet det arenaflexible behandlingsteamet møter.

Barnevern og psykisk helsevern

Psykisk helsevern for barn og unge er sentrale samarbeidspartnere for begge de arenaflexible tiltakene. Når det gjelder barn og unge som mottar barnevernstiltak, har samarbeid med psykisk helsevern barn og unge (heretter omtalt som PHBU) vist seg å ofte være nødvendig, men samtidig utfordrende. Tidligere forskning har vist at barn og unge med tiltak fra barnevernet har flere psykiske vansker eller psykiske lidelser enn jevnaldrende som ikke mottar hjelp fra barnevernet (Berg et al., 2020; Drange et al., 2021; Helsetilsynet, 2012; Kaye et al., 2015; Nilsen et al., 2021). Ifølge en norsk litteraturgjennomgang av litteratur og forskning om samarbeid mellom barnevern og PHBU fungerer det i hovedsak bra, men organisatoriske forhold, «ulike faglige og metodiske tilnærminger og lovverk» samt manglende kjennskap til hverandres arbeid kan utfordre samhandlingen i enkelte saker (Fossum et al., 2015). Flere av de 36 publikasjonene som inngikk i denne litteraturgjennomgangen, pekte på at PHBU, ofte Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), har en tendens til å nedprioritere saker der omsorgssituasjonen er uavklart eller barnet allerede mottar hjelp av barnevernet. Enkelte studier fant at ansatte i barnevernet kritiserer BUP for å ikke ta nok ansvar for vanskelige saker og opplevde at de ofte blir sittende igjen med de vanskeligste sakene (se Fossum et al., 2015). Litteraturgjennomgangen pekte også på at bruken av individuell plan (IP) kan bli bedre, særlig for de mest utsatte barn og unge (Fossum et al., 2015).

I 2020 ble samhandlingsmodellen FACT ung etablert i Norge. Per juli 2024 fantes det i underkant av 30 team i 13 av 15 fylker.¹¹ FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og er et oppsøkende behandlingsteam for unge mellom 12 og 25 år med psykiske helse- og/eller rusutfordringer, som har behov for langvarig, tilpasset og sammensatt innsats fra flere tjenester og aktører samtidig.¹² FACT ung-teamet jobber med «det formelle systemet rundt den unge» og samarbeider typisk med barnevern i saker hvor det foreligger «bekymring for ungdommens omsorgsbetingelser» (Nord-Baade, 2022). FACT ung er dermed et eksempel på hvordan helsetjenesten kan ta saker som tidligere har blitt overlatt til barneverntjenestene. De arenaflexible tiltakene som evalueres i denne studien, samarbeidet med FACT ung i enkelte saker.

Skolefravær og losordningen

I tillegg til psykisk uhelse i seg selv ser kombinasjonen av psykiske vansker og lave skoleprestasjoner stadig ut til å være et sentralt element i barnevernets utfordringsbilde. Psykiske vansker, rus og kriminalitet kan påvirke barn og unges skoleprestasjoner som igjen påvirker deres livsbetingelser når de blir voksne. De siste befolkningstallene til SSB viser at 9,5 prosent av befolkningen

11 <https://napha.no/tema/factung> (hentet 07.08.24)

12 <https://napha.no/tema/factung> (hentet 07.08.24)

mellom 15 og 29 år verken er i arbeid eller utdanning.¹³ I begge de arenafleksible tiltakene er psykisk uhelse og lave skoleprestasjoner en sentral del av utfordringsbildet til målgruppene de jobber med.

Ufrivillig skolefravær ser ut til å ha økt etter koronapandemien, blant annet på grunn av mangel på sosial trening (Bergene et al., 2023). Vi vet ikke om dette gjaldt spesielt for barn og unge som mottok barneverntiltak under pandemien, men vi vet at pandemien påvirket skolefungeringen på ulike måter. En kvalitativ studie av barn og unge som mottok barneverntiltak under pandemien, fant at hjemmeskole og digital fjernundervisning for mange opplevdes som krevende, og de presterte dårligere på skolen enn før pandemien (Skiple et al., 2024). Andre opplevde derimot hjemmeskole som en pause fra den sosiale angsten som jevnalderssosialisering og fysisk skole hadde bidratt til, og for enkelte førte dette til at det var vanskelig å komme tilbake til skolen etter pandemien (Skiple et al., 2024).

For å hjelpe barn og unge gjennom skolegangen har den kommunale losordningen som forvaltes via Bufdir gjennom en egen tilskuddsordning, gått fra å være et pilotprosjekt i enkelte kommuner til å bli landsdekkende. Losordningen er ikke et barneverntiltak, men et kommunalt sekundærforebyggende tiltak for ungdommer i vanskelige livssituasjoner. Formålet med losordningen er å bistå ungdommer som er i ferd med å falle utenfor skoleløpet, og losen skal være tilgjengelig på alle ungdommenes arenaer og samarbeide med foreldre eller andre omsorgspersoner.¹⁴ Den seneste losevalueringen fant at losene kartla ungdommens utfordringer og jobbet med tilrettelegging og skolemotivasjon (Gundersen et al., 2022, s. 63). I tillegg var det flere loser som involverte seg i ungdommenes fritidstilbud og hjalp til med jobbsøking. Losene fungerte også som bindeledd til det øvrige hjelpeapparatet ved å delta i ansvarsgruppemøter, koordinere og få på plass relevante instanser og opptre som talsperson for ungdommene (Gundersen et al., 2022, s. 109). Ungdommene på sin side fortalte at de satte pris på å ha muligheten til å kontakte en fast person som var lett tilgjengelig, som de kunne snakke med om vanskelige følelser og erfaringer, og som kunne bistå dem i kontakten med andre instanser (Gundersen et al., 2022, s. 110). Et sentralt element ved losordningen er at det hovedsakelig er barnet eller ungdommen som er mottaker, og ikke foreldrene. I de arenafleksible tiltakene som evalueres i denne studien, er barnet som aktør et viktig prinsipp.

Retten til medvirkning og medvirkning i barnevernet

Barns rett til medvirkning har vært nedfelt i Grunnloven § 104 siden 2003 og følger av barnekonvensjonen artikkel 12 om barns rett til å si sin mening i saker som angår dem, og voksnes ansvar for å høre på hva de har å si. FNs

13 <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger> (hentet 07.08.24)

14 <https://www.bufdir.no/tilskudd/inkludering-av-barn-og-unge/los> (hentet 07.08.24)

barnekonvensjon ble ratifisert av Norge i 1991. Barns rett til medvirkning ble nedfelt i barnevernloven i 2014, og her presiseres det at «Barnet skal bli lyttet til, og barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet» (barnevernloven § 1-4). Retten til medvirkning har ikke bare en sterk juridisk forankring, men er også en verdi i seg selv.

Forskning på familiestøttende tiltak viser at involvering av barn er en viktig del av det å få dem til å forstå og håndtere sin egen situasjon (Winsvold et al., 2016). Inkludering av barn i prosessen kan bidra til at de føler at de er en person med betydning, og deres selvfølelse og motivasjon til endring kan dermed styrkes. En studie av barn og unges medvirkning i de spesialiserte hjelpetiltakene MST, PMTO og FFT pekte på sammenhengen mellom medvirkning og barn og unges opplevde virkning av tiltakene (Ulset et al., 2023). Studien pekte videre på behovet for at hjelpen tilpasses brukernes behov. Både MST og PMTO benytter seg av et såkalt belønningssystem for å forbedre adferd eller skoleprestasjoner, og familiene hadde ulike erfaringer med dette. Enkelte foreldre mente dette ikke passet for ungdommer som slet med motivasjon eller hadde problemer med depresjon (Ulset et al., 2023, s. 101). Funnene er dermed et eksempel på hvordan manualbasert behandling ikke passer alle familier, slik den systemiske familieterapien legger opp til. MST og PMTO har også blitt kritisert for at det er foreldrene som er primærklienten og ikke barnet/ungdommen. I MST var det for eksempel kun foreldrene som fikk tilbud om å ringe vakttelefonen (Christiansen, 2012).

På tross av den juridiske forankringen og bevisstheten rundt medvirkning de siste tiårene har flere studier av barnevernets arbeid funnet at barna ikke har vært tilstrekkelig inkludert eller i tilstrekkelig grad anses som selvstendige aktører (Christiansen, 2012; Havnen et al., 2020; Paulsen, 2016; Øverland et al., 2021). Et gjennomgående trekk er at barna ikke opplever at de har fått tilstrekkelig informasjon om hjelpen de mottar. Ifølge en gjennomgang av 1123 barnevernssaker hadde barnevernet kun møtt barna i 60 prosent av sakene og oppga årsaken til å ikke samtale med barnet i undersøkelsesfasen i kun en femtedel av de 40 prosentene (Havnen et al., 2020). En positiv relasjon til saksbehandler eller kontaktperson i barnevernet ser også ut til å være en gjennomgående faktor i barn og unges opplevelse av medvirkning (Paulsen, 2016). Ungdommer som har fått hjelp av barnevernet over lengre tid, rapporterer ofte om dårlige erfaringer med flere saksbehandlere i barnevernet, samtidig som erfaringene med enkelte kontaktpersoner beskrives som positive (Gundersen et al., 2023; Gundersen et al., 2024; Skiple et al., 2024; Øverland et al., 2021). Når ansatte fra eksterne hjelpetiltak, som de arenafleksible tiltakene er, tar kontakt med familiene de skal hjelpe, er dette en del av konteksten. Et nærliggende spørsmål er derfor hvordan ansatte i de arenafleksible tiltakene forholder seg til familienes tidligere erfaringer med barnevernet. Dette vil belyses blant annet i undersøkelsen av familienes opplevelse av trygghet, jamfør forskningsspørsmål 2 e).

Oslo kommune som hjem for arenafleksible tiltak

Oslo kommune er inndelt i 15 bydeler med hver sin relativt store barneverntjeneste og hver sine utfordringer. Som storby har Oslo samlet sett et annet utfordringsbilde enn andre kommuner i landet, for eksempel når det gjelder ungdomskriminalitet, og dette gjelder spesielt enkelte bydeler (Lid et al., 2022). Samtidig kan kommunen dra nytte av stordriftsfordeler som utvikling av felles tiltak eller kjøp av tjenester mellom bydelene. Bydelene finansieres gjennom et kriteriesystem basert på hvilke behov befolkningen i de ulike bydelene har.¹⁵ Variasjon, utfordringer og befolkningssammensetning fører også til noe variasjon i hvilken kompetanse og tiltak (for eksempel foreldre-veiledningsprogram, familierådskoordinator, miljøterapeut) bydelene og barneverntjenestene selv kan tilby sine brukere, eventuelt kjøpe av hverandre, og hvilke som bestilles eksternt.

I motsetning til andre kommuner bestiller ikke bydelene i Oslo barneverntiltak via den statlige Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), men via Barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune. Siden 2012 har Oslo kommune for eksempel ikke tilbudt bydelene det landsdekkende tiltaket multisystemisk terapi (MST).¹⁶ På Oslo kommunes nettside presenteres ABT som Oslo kommunes alternativ til MST. Barne- og familieetaten tilbyr heller ikke relasjonsfokusert familierterapi (RFT). Flere bydeler har derimot sine egne kriminalitetsforebyggende tiltak som Medborgerskapsprosjektet under barneverntjenesten i Bydel Alna, Innsats ung i Bydel Søndre Nordstrand og Adamstuen ungdoms-tiltak som organisatorisk ligger under BFE (se (Lid et al., 2022) for nærmere beskrivelse). Oslo kommune har siden 2007 hatt sin egen SLT-modell kalt SaLTo-modellen som administreres av Velferdsetaten. SaLTo skal «samordne ressurser og innsats i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge som oppholder seg i Oslo sentrum» (Velferdsetaten, 2019, s. 2). Hver bydel har en SaLTo-koordinator, og i enkelte bydeler tilordnes også egne prosjektmidler til for eksempel oppsøkende utekontakt og mentorordning (Lid et al., 2022).

Av systemiske helsetiltak for ungdom finnes det for tiden fire FACT ung-team i henholdsvis Bydel Grünerløkka, St. Hanshaugen, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo. Når det gjelder forebygging av psykisk uhelse, har kommunen en rekke psykolog- og samtale tjenester til barn og unge.¹⁷ I 2019 ble det vedtatt at Oslo skal bli en traumeinformert by. I den forbindelse tok Bydel Gamle Oslo sammen med Utdanningsetaten og Sentrum politistasjon initiativ til å gjennomføre et pilotprosjekt (2021–2024) som innebærer kompetanseheving og opplæring (via Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og

15 <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/politikk/budsjett-regnskap-og-rapportering/budsjettprosessen/bydelenes-fordelingssystem#gref> (hentet 07.08.24)

16 BFE er i gang med å etablere et nytt MST-team i Oslo som vil være på plass i 2025.

17 Psykisk helsehjelp for barn og unge: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helsehjelp/psykisk-helsehjelp-for-barn-og-unge/> (hentet 07.08.24)

selvmordsforebygging, RVTS Øst) blant ansatte som jobber med barn og unge.¹⁸ «Traumeinformert» betyr å møte og forstå dem som har sosiale og emosjonelle vansker, på en måte som tar hensyn til at vanskene kan skyldes belastende erfaringer tidligere i livet. Traumeinformert praksis innebærer refleksivitet omkring dette i møte med brukere samt etablering av en traumeinformert arbeidskultur, som handler om å skape et støttende kollegafellesskap.¹⁹ Basert på erfaringen fra Bydel Gamle Oslo og pilotprosjektet *Økt livsmestring* la Byrådet i 2022 frem en strategi for Bystyret for utvikling av Oslo som en traumeinformert by innen 2030 hvor det fremgår at i en traumeinformert by skiftes perspektivet fra «Hva er galt med deg?» til «Hva har skjedd/skjer med deg?» (Byrådet, 2022, s. 10). I likhet med Bronfenbrenners sosialøkologiske modell som beskrevet tidligere i dette kapittelet vektlegger det traumeinformerte perspektivet individets livshistorier og betydningen av tidligere hendelser.

I 2023 gjennomførte BFE en kartlegging av behovet for hjelpetiltak i Oslo kommune som resulterte i to rapporter (Barne- og familieetaten, 2023a, 2023b). Rapportene konkluderer med at det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder både bredde, kvalitet og tilgjengeligheten av hjelpetiltak (Barne- og familieetaten, 2023a, s. 5). Ifølge rapporten, som er basert på innspill fra samtlige barneverntjenester i de 15 bydelene, er økt fleksibilitet noe majoriteten av bydelene ønsker, både i form av egne arbeidstidsordninger og i form av «ytterligere tiltak som er fleksible på arena» (Barne- og familieetaten, 2023a, s. 26). Det ble ikke spurt direkte om de arenafleksible tiltakene i surveyen som kartleggingen bygger på, men det ble gjennomført workshops med bydelene hvor flere oppgir at de mener at det arenafleksible behandlingsteamet ABT ikke er tilstrekkelig arenafleksibelt (Barne- og familieetaten, 2023a, s. 26). Arena-fleksibelt team barnevern psykisk helse ble ikke nevnt i rapporten, men det fremkommer at barneverntjenesten problematiserer at de får ansvar for familier der psykiske problemer er en stor del av bildet (Barne- og familieetaten, 2023a, s. 14). Dette samsvarer med tidligere studier av ansvarsforholdet mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (Fossum et al., 2015).

I denne studien vil måten de arenafleksible tiltakene forholder seg til og samarbeider med andre kommunale tjenester på, jf. forskningsspørsmålene 3 g) og h), si noe om hvordan samarbeidet rundt barn og unge med sammensatte utfordringer kan gjennomføres i praksis.

18 Økt livsmestring. På vei mot en traumeinformert by – Oslo kommune <https://www.oslo.kommune.no/fag-og-utviklingsprosjekter/omradesatsingenes-prosjekter/okt-livsmestring-pa-vei-mot-en-traumeinformert-by/> (hentet 23.10.24)

19 Hva er traumeinformert tilnærming – Ane Simonsen.pdf (oslo.kommune <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helsehjelp/psykisk-helsehjelp-for-barn-og-unge/.no>) (hentet 07.08.24)

3 Metode og data

I dette kapittelet presenterer vi først evalueringsmetodikken ettersom den legger grunnlag for hvilket datamateriale vi har samlet inn. Deretter gjør vi greie for de ulike typene datamateriale, hvilke forskningsetiske vurderinger vi har gjort underveis, og studiens metodiske begrensninger.

Kvalitativ prosessevaluering

Denne studien er en kvalitativ evaluering med prosess og erfaringsbasert måloppnåelse i fokus (Patton, 2002). Målet med en slik evalueringsmetode har vært å fange hvilke erfaringer både brukerne, ansatte og samarbeidspartnere i tiltakene har gjort seg underveis om utviklingen av og arbeidet med tiltakene, og brukernes erfaringer med å gjennomgå et slik tiltak og hva som har vært betydellesfullt for dem i deres endringsprosess. Til forskjell fra for eksempel en effektevaluering som benytter et kvantitativt og/eller eksperimentelt design for å undersøke tallfestede effekter av et tiltak eller program (for eksempel hvor mange som har gjennomgått et hjelpetiltak og opplever positive resultater av dette), har kvalitativ tilnærming i dette tilfellet vært hensiktsmessig, for å kunne belyse, ikke bare om, men hvordan og hvorfor noe har fungert bra eller mindre bra, og hva som har påvirket dette.

Ettersom de arenafleksible tiltakene var relativt nyetablerte tiltak da vi startet evalueringen i desember 2023, anså vi at det ville være hensiktsmessig å gjennomføre en prosessevaluering som kunne bidra til å dokumentere hvordan tiltakene har blitt etablert, de justeringene som er gjort underveis, og hvordan samarbeid og informasjonsflyt mellom ulike instanser fungerer. Her har vi vært opptatt av å beskrive og dokumentere tiltakenes organisering, formaliserte arbeidsmetoder og eventuelt faglig forankrede modeller. Vi har også vært opptatt av å undersøke og synliggjøre uformelle praksiser og arbeidsmåter som ikke nødvendigvis er dokumentert, men som likevel spiller en sentral rolle, for eksempel i det arbeidet som gjøres med å bygge tillitsfulle relasjoner til både ungdom og foreldre i tiltakene.

Samtidig er de arenafleksible tiltakene rettet mot foreldre/foresatte og barn også å forstå som en prosess der deltagernes opplevelser underveis er sentrale for utfallet av tiltaket, altså om de opplever en bedring av funksjon, reduserte psykiske symptomer og/eller økt selvstendighet til å ta imot hjelp. De arenafleksible teamene har som formål å tilpasse tiltak etter deltagernes behov, og opplevelsen av hva som virker, vil dermed variere fra individ til individ eller fra familie til familie. En erfaringsbasert evalueringstilnærming der vi benytter oss av kvalitative dybdeintervjuer med både barn/ungdom og deres foresatte, har vært en måte å få frem viktig informasjon på om hva som virker for hvem, og under hvilke omstendigheter det virker (Patton, 2002). Vi har i evalueringen

vært opptatt av å få kunnskap om hvordan familiene opplever samarbeidet med teamet, i hvilken grad de opplever eller har opplevd muligheten til medvirkning, og hvorvidt deres helhetlige behov som familie har blitt ivaretatt.

Ved å beskrive og forstå detaljene rundt tiltakene og de ulike fasene brukerne av tiltakene går igjennom, samt dynamikken i samarbeidet med ulike instanser, for eksempel skole og spesialhelsetjeneste, har vi kunnet belyse både tiltakenes svake punkter og hva som fremstår som essensielt for at de skal fungere etter intensjonen (Patton, 2002, s. 160).

På bakgrunn av tiltakenes formelle beskrivelser av hva de kan tilby, har vi identifisert noen evalueringskriterier for å svare på det overordnede forskningsspørsmålet om hvorvidt tiltakene fungerer etter intensjonen om å jobbe på og sammen med de arenaene der barnet/ungdommen eller familien har mest utfordringer og trenger hjelp.

- Terapeutene kartlegger familien og systemene rundt.
- Terapeutene etablerer nødvendig samarbeid med andre instanser.
- Terapeutene er fleksible for familienes hjelpebehov.
- Familiene har tillit til at terapeutene kan hjelpe dem.
- Familien opplever mindre konflikt og bedre funksjon/kommunikasjon.
- Foreldrenes rolle styrkes, og de vet hvor de kan få hjelp.
- Barnet motiveres og har et dagtilbud (skole/arbeidstrening).
- Barnets symptomer (psykiatriske eller utagerende) reduseres.
- Samarbeidspartnerne får økt kunnskap om barnets utfordringer.
- Barneverntjenestene er bedre rustet til å møte familienes behov.

Dokumentanalyse

I arbeidet med å samle inn og dokumentere informasjon om måten de arenafleksible teamene jobber på, har vi fått tilgang til tiltakenes interne styringsdokumenter, maler og rutinebeskrivelse, samt et begrenset utvalg rapporter (i anonymisert versjon) som har blitt oversendt til barnevernet. Rapportene var på forhånd sladdet for all personidentifiserende informasjon (egennavn inkludert navn på skole og bydel, alder på barnet etc.). Rapportene har gitt forskerne et innblikk i vurderinger som gjøres, hvilke tiltak som settes inn, hvilke mål som settes, og hvordan disse blir fulgt opp.

Dokumentene fra AFT utgjør et notat som dokumenterer AFT sin systemiske endringsmodell, veileder for oppstartsmøter med barnevernet og skole, samtykkeskjema for innhenting av informasjon og samarbeid med fastlege, BUP, barneverntjenesten, skole, PPT og NAV samt maler for interne rutiner i arbeidet med familiene, som veileder for ungdomssamtale og foreldresamtale i kartleggingsfasen og veileder for miljøterapeutisk observasjon. Vi har fått tilgang til fem sladdede rapporter: to kartleggingsrapporter og tre evalueringsrapporter som dokumenterer teamets daglige arbeid med familiene.

Kartleggingsrapportene inneholder henvisningsgrunnlag, situasjonsbeskrivelse og informasjon fra tidligere utredning, hva som er gjort av kartlegging og observasjoner med familie, samt en sammenfatning av beskyttelses- og risikofaktorer og resultater fra kartleggingsverktøy gjennomført av ungdom, foreldre og skole. Rapport 1 gir en samlet vurdering og forslag om mål for AFT sitt arbeid samt hvordan dette skal gjennomføres. Ungdommen har ikke vært med på å lage disse første målene, men er blitt gjort kjent med temaene og har sagt ja til at AFT kan jobbe med familien. Foreldrene har blitt gjort kjent med temaene i rapporten. Samtale om målene var planlagt, men ikke gjennomført på rapporteringstidspunktet. Eksempler på mål og arbeid med mål er økt mestring av egen psykiske helse ved psykoedukasjon, økt emosjonell støtte gjennom foreldreveiledning, god informasjonsflyt med skolen ved hyppige møter, utredning med BUP ved å bistå med henvisning BUP. I rapport 2 vurderer AFT det som mest hensiktsmessig å avslutte tiltaket basert på manglende samarbeid fra forelderens side og evne til å delta i målarbeidet.

Evalueringsrapportene er sluttrapporter som oppsummerer oppfølgingen av ungdommene og deres familie, og de målene som ble utarbeidet i kartleggingsfasen og justert underveis. I de tre evalueringsrapportene hadde tiltaket vart mellom 8 og 11 måneder. Rapportene inneholder en vurdering av situasjonen og hvilke vurderinger og anbefalinger AFT gir til barneverntjeneste, skole og BUP. Felles for de tre evalueringsrapportene er at selv om teamet vurderer det slik at ungdommene kan ha nyttiggjort seg kontakten med AFT, er ikke foreldrene nødvendigvis klare til å gjennomføre endringsarbeidet teamet mener er nødvendig, uten videre støtte fra barneverntjenesten.

Dokumentene fra ABT utgjør et styringsdokument fra 2024, saksgang og oversikt over rutiner og dokumentasjon, maler for tilbudsbrev samt en rekke rutiner for opplæring av nyansatte: tolkebruk, samarbeidsmøter og så videre. I tillegg har vi fått tilgang til en intern oversikt over antall saker per bydel og avslutningsårsak (basert på statistikk fra BIRK). De tre sladdede rapportene vi har fått tilgang til, er skrevet i forbindelse med saksavslutning, hvor to av dem er avsluttet før tiden. Ifølge den interne statistikken er det kun et fåtall saker som avsluttes av tiltaket før tiden. Rapportene representerer ulike avslutningsårsaker.

1) *Oppstartsrapport med kartleggingsfunn* som inneholder henvisningsgrunnlag, situasjonsbeskrivelse, hva som er gjort av kartlegging og samtaler med familie, samt en sammenfatning av beskyttelses- og risikofaktorer. Det fremgår at tiltaket avsluttes før tiden etter hovedforsørgers ønske. Rapporten gir en samlet vurdering av situasjonen og videre anbefalte tiltak. Anbefalingene retter seg både til foreldrene, barneverntjenesten, skole og politi.

2) *Tiltaksrapport med kartleggingsfunn* som inneholder henvisningsgrunnlag, situasjonsbeskrivelse, hva som er gjort av kartlegging og samtaler med familie og andre instanser, samt en sammenfatning av beskyttelses- og risikofaktorer. Det fremgår at tiltaket avslutter arbeidet ettersom barnets hovedforsørger ikke

ønsker å være en aktiv del. Rapporten inneholder en oppsummering av hvilke tiltak som tidligere har blitt gitt, og gir en samlet vurdering av situasjonen.

3) *Sluttrapport* som inneholder henvisningsgrunnlag, beskrivelse av familiens aktuelle situasjon, begrunnelse for avslutning av tiltaket til kontraktfestet tid og vurdering av måloppnåelse. Rapporten inneholder også en anbefaling om at barnevernet opprettholder kontakt med familien etter avsluttet tiltak.

Intervjuer og møtedeltagelse med ansatte i teamene og samarbeidspartnere

I denne studien har vi delt datainnsamlingen mellom oss slik at to av forskerne hadde kontakt med det ene tiltaket og to av forskerne med det andre. På den måten ønsket vi å etablere en forutsigbar relasjon for de ansatte i begge teamene. Samtlige ansatte i begge teamene samtykket til å delta i prosjektet. I begge teamene har vi derfor hatt mulighet til å være til stede på kontorene og snakke med de ansatte ved flere anledninger. I tillegg til uformelle samtaler ved oppmøte har vi snakket sammen på telefon i forbindelse med rekruttering av informanter. Selv om forskerteamet har vært delt i to, har funn og erfaringer fra og på tvers av de to tiltakene vært gjenstand for felles diskusjoner i forskningsgruppen gjennom hele prosjektperioden.

I det **arenafleksible teamet for psykisk helse (AFT)** ble det gjennomført observasjon ved fire møter, to teammøter, ett behandlingsmøte og ett evalueringsmøte med barneverntjenesten hvor forelderen også var til stede. Det ble gjennomført ett intervju med de to avdelingslederne, ett intervju med fagpsykologen og to gruppeintervjuer med til sammen syv ansatte. Når det gjelder samarbeidspartnere, ble det gjennomført ett intervju med to sosialarbeidere på ungdomsskoletrinnet og tre intervjuer med personer tilknyttet psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), som jobbet i enten Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) eller Akutt døgntilleggsbehandlingsenhet (UPA).

I det **arenafleksible behandlingsteamet (ABT)** ble det gjennomført observasjon ved åtte møter, derav syv behandlingsmøter og ett evalueringsmøte med barneverntjenesten i til sammen tre ulike saker. Det ble gjennomført ett intervju med en avdelingsleder, ett intervju med to fagpsykologer og to gruppeintervjuer med til sammen syv ansatte. Observasjon i form av deltagelse på behandlingsmøter har gitt et unikt innblikk i hvordan teamet jobber med sakene sine. Når det gjelder samarbeidspartnere, ble det gjennomført ett intervju med to kontaktskoleansatte på ungdomsskoletrinnet og ett intervju med en politiansatt i forebyggende enhet.

Felles for tiltakene: Det ble gjennomført ett intervju med to barnevernansatte i samme bydel, som hadde erfaring med hver sitt tiltak, og ett intervju i en bydel med en barnevernansatt som hadde erfaring med begge tiltakene.

Intervjuer med ungdom og foreldre

For å få gjennomført intervjuer med ungdom og foreldre rekrutterte vi gjennom teamene for å få kontakt med familier som enten mottok eller hadde mottatt hjelp fra et arenafleksibelt tiltak, som var omtrent halvveis i forløpet, eller som hadde avsluttet tiltaket, og som de ansatte kunne kontakte igjen. Terapeutene informerte familiene i pågående saker om vårt prosjekt og skrev SMS til foreldrene i de avsluttede sakene. Det ble også utarbeidet en rekrutteringsplakat som terapeutene kunne levere eller sende til ungdommene, med navn og bilde på de respektive forskerne. Sammen med informasjonen fikk foreldrene et samtykkeskjema utarbeidet av Barne- og familieetaten vedrørende samtykke til at de ansatte kunne videreformidle egen og barnas kontaktinformasjon til forskerne i prosjektet. Hvis foreldrene samtykket til videreformidling av kontaktinformasjon, ringte terapeuten til en av forskerne og oppga telefonnummer som forskeren la direkte inn i tjenesten for sensitive data (TSD). Forskerne tok deretter kontakt med familiene og informerte om prosjektet på nytt. På dette tidspunktet ble det ikke kommunisert tilbake til teamet hvem som eventuelt takket ja til å delta på intervju.

I det **arenafleksible teamet for psykisk helse (AFT)** ble det gjennomført seks intervjuer med ungdommer og seks intervjuer med syv foreldre (på ett intervju deltok to foreldre) i til sammen syv familier. I fem av familiene har vi intervjuet både ungdom og forelder.

I det **arenafleksible behandlingsteamet (ABT)** ble det gjennomført fem intervjuer med ungdommer og seks intervjuer med foreldre i til sammen syv familier. Vi fikk kontakt med åtte ungdommer, men tre av dem avlyste eller svarte til slutt ikke på melding. I to av familiene har vi kun snakket med ungdommen. I tre av familiene har vi intervjuet både barn og en forelder, to av disse ble gjennomført samtidig. I én familie har vi kun snakket med en forelder, og i én familie har vi intervjuet mor og far hver for seg.

Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet er meldt til og vurdert av norsk samfunnsvitenskapelig database, SIKT. Den største utfordringen i denne studien har vært å legge til rette for at alle som ønsket å delta i studien, fikk muligheten til det samtidig som at ingen ble presset til å delta. Ungdommene som valgte å la seg intervju, fikk et gavekort på 500 kroner, og denne informasjonen fikk de på forhånd. Ved å tilby informantbetaling risikerer vi at ungdommer takker ja kun for pengenes skyld, dette har vi vært obs på både i kontakt med ungdommene og i selve intervjuet. Det at flere ungdommer ombestemte seg, er en indikasjon på at gavekortet ikke har vært viktigere enn egne behov og ønsker.

En svakhet med rekrutteringen er at vi sannsynligvis kun har kommet i kontakt med familier som har et relativt godt forhold til terapeutene eller teamene. Samtidig har vi gjennom de sladdede rapportene fått innblikk i flere saker der vi

har kunnet følge arbeidsmåter og terapeutens vurdering av måloppnåelse. Dette har i tillegg til intervjuene bidratt til en bredere forståelse av styrker og svakheter med ulike utprøvde tiltak uavhengig av familienes relasjon til terapeutene, som kan påvirke om de ønsket å stille til intervju eller ikke.

Til rekruttering av familier har vi lagt til rette for bruk av tolk både i forbindelse med terapeutenes kontakt med familiene, vår kontakt med familiene og ved gjennomføring av intervjuet der det ble aktuelt. I ett tilfelle var et annet familiemedlem til stede da terapeuten spurte om familiene ville delta, og oversatte informasjon om prosjektet vårt til dem. To av foreldreintervjuene ble gjennomført ved hjelp av tolk. Begge tolkene var registrert med nivå B statsautorisert i IMDis tolkeregister, og en av informantene uttrykte på eget initiativ at hen var veldig fornøyd med tolken.

Vi har også vært svært opptatt av å sikre deltagerens konfidensialitet. Når det gjelder observasjon og møtedeltagelse i teamene, har vi kun deltatt på møter der de ansatte har snakket om saker uten å nevne navn på noen av brukerne, bydel, skole eller annen personidentifiserende informasjon. Dette viste seg å være uproblematisk da både ansatte i teamene og saksbehandlerne i barnevernet er vant til å snakke om sakene sine uten navn.

Når vi omtaler og siterer det informantene har sagt, skiller vi mellom ansatt/terapeut og ledelse (da mener vi både avdelingsledere og fagpsykologer), skoleansatt 1, 2, 3 og 4, ansatt i psykisk helsevern for barn og unge PHBU-ansatt 1, 2 og 3, politi og saksbehandler (i barnevernet) 1, 2, 3 og 4. Når vi siterer familiene, skiller vi mellom ungdom og foreldre og hvilket tiltak de har mottatt, men angir dem ikke med siffer. Dette er for å unngå at den samlede mengden sitater kan gjøre dem gjenkjennbare for andre. For ytterligere å bevare anonymiteten til informantene har vi tatt bort alle henvisninger til «han» og «hun» og skriver «hen» i sitatene selv om informanten ikke bruker denne betegnelsen selv. Sitatene er også lett redigert for å bevare anonymiteten og fremheve meningsinnholdet eller lesbarheten. Eksempelvis har vi tatt bort en del muntlige støtteord som «da», «likksom», «sånn», «på en måte» og «ikke sant». Når vi siterer familiene, har vi også tatt bort ting som er knyttet til ulike diagnoser eller beskrivelser av situasjoner som kan være gjenkjennbare, og valgt å trekke frem poeng som har vært mer generelle for deltagerne i studien. Rapporten er basert på alle informantene vi har intervjuet.

Metodiske begrensninger

I denne studien har vi hatt relativt begrensede rammer som har ført til at vi har måttet begrense antall informanter i hver av de ulike informantgruppene, spesielt i gruppen samarbeidspartnere, ettersom søkelyset har vært på de ansattes og familienes erfaringer. I tillegg er både samarbeidspartnere og familiene rekruttert gjennom tiltakene, noe som kan ha ført til skjevhet i utvalget bestående av personer som har et relativt godt forhold til de arenaflexible

tiltakene. For å nyansere dette bildet har vi som nevnt supplert intervjumaterialet med observasjon av behandlingsmøter i aktive saker og lest sladdede rapporter fra flere avsluttede saker. Når det gjelder ABT, så vi for oss å rekruttere flere familier fra avsluttede saker, men det viste seg å være utfordrende. Som tidligere nevnt var det flere som ikke dukket opp til avtalt intervjutidspunkt. Terapeutene pekte også på at enkelte ungdommer som hadde fått hjelp av ABT, ikke bodde i Oslo eller Norge på nåværende tidspunkt. Utover dette hadde terapeutene lite oversikt over hvordan det gikk med familiene etter at tiltaket var avsluttet, noe vi kommer tilbake til i diskusjonen. Vi endte opp med å intervjué én ungdom og tre foreldre fra avsluttede saker i ABT. Det innebærer at det først og fremst er foreldrene som kan svare på spørsmål om hvordan det har gått i tiden etter endt tiltak, og eventuelt hvilke andre instanser som har fulgt dem opp. Dette begrenser muligheten til å svare på spørsmål om hvordan *barna som har mottatt ABT*, opplever å være ivaretatt etter tiltaket. For AFT har vi noe mer informasjon om hvordan barna opplever å være ivaretatt etter tiltaket, ettersom fem av de seks ungdommene vi har snakket med, hadde avsluttet tiltaket.

4 Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT)

I dette kapittelet presenterer vi funn fra evalueringen av arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (heretter AFT). I de to første delene av kapittelet tar vi for oss oppstartsfasen, etableringen av teamet og hvilke prosesser som har ført frem til den fagmodellen teamet jobber etter. Vi beskriver også hvordan AFT er organisert, slik det kommer frem i interne retningslinjer og maler for arbeidet. Deretter løfter vi frem hvordan det å jobbe arenafleksibelt og systemisk fungerer i praksis, slik de ansatte beskrev det. I den fjerde delen presenterer vi familienes erfaringer, her trekker vi frem både ungdommers og foreldres stemmer. Til sist tar vi for oss samarbeidspartnernes erfaringer med AFT.

Fremvekst, intern organisering og målgruppe

AFT er et tverrfaglig team som ble etablert i 2020. AFT er en del av det kommunale Borger With kompetansesenter, som tilbyr bistand i enkeltsaker der det er behov for kompetanse innen både barnevern og psykisk helse. Borger With består i tillegg av en institusjon med seks døgnplasser. Etableringen av AFT kom i stand etter et ønske fra ledelsen hos Borger With og Barne- og familieetaten om å omorganisere ungdomsinstitusjonen som på det tidspunktet var en stor avdeling med inntil ti døgnplasser. Erfaringen var at en så stor avdeling ikke var formålstjenlig, og ledelsen fikk i oppdrag å redusere antallet institusjonsplasser og « bruke kompetansen på en annen måte » (AFT ledelse). Barneverntjenestene hadde samtidig signalisert at de hadde behov for støtteinstanser på et tidligere tidspunkt for å redusere antall institusjonsplassinger. Ledelsen for Borger With fikk dermed i oppdrag å undersøke hvilke behov som fantes, og på hvilken måte deres kompetanse og kapasitet kunne svare til disse behovene. I denne prosessen inviterte ledelsen nesten samtlige barnevernsledere i bydelene til å sitte i en arbeidsgruppe for å snakke om hvilke behov tjenestene opplevde. Brukerorganisasjoner som Mental Helse Ungdom og Landsforeningen for barnevernsbarn samt spesialisthelsetjenesten i både andre- og tredjelinje ble kontaktet for å høre hvilke mangler de så i tjenestesystemet. Teamet intervjuet også tidligere ungdommer fra Borger With og deres foreldre.

Utfallet av prosessen ble at Borger With skulle opprette et arenafleksibelt team som skulle jobbe *systemisk* med ungdommene og deres familier på de arenaene der ungdommene selv befant seg, for eksempel hjemme, på skolen og ute på aktiviteter. Flere av de ansatte i ledelsesgruppen hadde tidligere erfaring med å jobbe arenafleksibelt, noe de hadde opplevd som positivt for brukerne. Beslutningen om å opprette et arenafleksibelt team var forankret hos de faglig ansvarlige som lenge hadde sett et behov for en slik type oppfølging

som de opplevde manglet i norsk barnevern: noen som jobbet systemisk, som kunne komme hjem til familiene, med nok ressurser til å bygge stillaser rundt familiene for å få til endring (AFT ledelse).

Samtidig som beslutningen om å omorganisere og opprette et arenafleksibelt team var godt forankret både hos BFE, ledelsen på Borger With og hos oppdragsgivere (barneverntjenestene) og samarbeidspartnere (spesialisthelsetjenesten), var selve gjennomføringen av omorganiseringen i mindre grad planlagt og lagt til rette for. Borger With skulle gå over fra å være en institusjon til å bli to enheter som skulle drives på forskjellige måter, men det var ikke satt av mer ressurser til at ledergruppen kunne gjennomføre denne endringen. Da denne evalueringen startet, hadde ledelsesgruppen og teamet i AFT vært igjennom en lengre prosess med å ansette nye medarbeidere, skape en modell både for den interne organiseringen av det arenafleksible teamet og det faglige arbeidet ut mot familiene samt bedrive faglig utvikling med de ansatte. Underveis i dette arbeidet prøvde de også ut ulike måter å organisere teamet på, der utviklingen av den faglige modellen og interne arbeidsrutiner og maler skjedde underveis. I det følgende avsnittet beskriver vi hvordan den interne organiseringen av AFT så ut per januar 2024.

Nåværende organisering

Per januar 2024 bestod AFT av åtte terapeuter i 100 prosent stilling: en psykologspesialist og en psykolog, en barnevernspedagog, en sosionom, en spesialsykepleier, en sosionom/familieterapeut, en vernepleier/familieterapeut og en spesialpedagog. I tillegg var det en fagpsykolog i 50 prosent stilling som kun jobbet direkte med de ansatte, og to ledere: en assisterende leder i 100 prosent stilling og en avdelingsleder i 100 prosent stilling som fordelte tiden sin på to enheter, 50 prosent hos AFT og 50 prosent hos Borger With kompetansesenter. Fra august 2023 til april 2024 jobbet fagpsykologen 20 prosent i AFT grunnet andre arbeidsoppgaver ved Borger With kompetansesenter. Alle i teamet hadde kompetanse og erfaring med barnevern og psykiske lidelser.

I arbeidet med sakene var de ansatte organisert slik at de jobbet to og to i team, med en tydelig rollefordeling der en psykolog eller familieterapeut hadde ansvar for foreldrene og systemarbeidet og en miljøterapeut hadde ansvar for ungdommen. Ledelsen fortalte at dette var noe de hadde erfart som en god løsning. Teamet hadde også en spesialpedagog som jobbet med skole-samarbeidet i alle sakene.

For budsjettåret 2024 hadde AFT estimert kapasitet for 15 saker om gangen. Hver terapeut kunne ha opptil 4 saker om gangen. Det varierte ut fra hvilken fase tiltaket var i, hvor mange timer teamet brukte i uken per familie. I de to mest intense fasene, kartleggingsfasen og utviklings- og endringsfasen, var timene vanligvis fordelt på 3 timer på familieansvarlig, 6 timer på ungdoms-ansvarlig og 3 timer til familiesamtaler. I tillegg ble det beregnet 3 timer for

skoleansvarlig og 3 timer til øvrig instansarbeid per uke. Terapeutene inngikk også i turnus hvor de bemannet vakttelefonen 1 uke av gangen, hver 6. uke. I tillegg var det satt av 6,5 timer til intern møtevirksomhet og veiledning per uke. AFT fremstod dermed som et intensivt tiltak der hver familie fikk et eget team som jobbet sammen med dem, og som tok over koordineringsansvaret overfor andre instanser.

Tiltakets varighet er normert til 8–12 måneder, der behandlingsforløpet vanligvis består av fire hovedfaser: 1) kartleggings- og stabiliseringsfase (8–12 uker), 2) utviklings- og endringsfase (tilpasses individuelt etter hver ungdom og familie), 3) generaliseringsfase (8 uker), 4) ettervern (4 uker).

Ungdomsansvarlig møtte ungdommen en til to ganger i uken der formålet var å jobbe med ferdighetstrening og miljøterapi på en arena som ungdommen selv hadde valgt, for eksempel på kafé eller ute i naturen. Under disse møtene skulle ungdomsansvarlig også gjennomføre terapeutiske samtaler med ungdommen om de utfordringene ungdommen opplevde, som kom frem i kartleggingsfasen. Terapeutiske samtaler handlet om at ungdommen skulle få forståelse for sin egen psykiske helse og utvikle mestringsstrategier for å håndtere sine utfordringer.

Familieansvarlig møtte foreldrene en gang i uken for foreldreveiledning. I tillegg ble det gjennomført ukentlige familiemøter der både foreldreansvarlig og ungdomsansvarlig var med. Disse møtene foregikk vanligvis hjemme hos familiene, men noen foreldre ønsket å møtes på AFT sitt kontor. Det ble også gjennomført samarbeidsmøter, der terapeutene og familiene informerte og samarbeidet med barnevernet, skole, BUP og andre involverte instanser.

Spesialpedagogen var ansvarlig for å planlegge og gjennomføre møter i samarbeid med skolen og å utarbeide en plan mellom hjem, skole og AFT for tilbakeføring til skolen og å sikre tilpasset undervisning.

Det ble avholdt interne teammøter og behandlingsmøter i hver sak hver uke der familieansvarlig, ungdomsansvarlig og skoleansvarlig møttes for å drøfte saken. I behandlingsmøtene var også fagpsykolog og ledelse delaktige. I tillegg ble det holdt en kort saksgjennomgang av alle saker en gang per uke med alle ansatte, fagpsykolog og ledere til stede. Fagpsykologen veiledet øvrige teammedlemmer på psykisk helse og i den interne fagmodellen (vedlegg 1, SEM-A) som vi beskriver nærmere i neste avsnitt. Ifølge fagmodellen rapporteres det til og avholdes eksterne evalueringsmøter for hver sak med bydelens barneverntjeneste i oppstartsfasen, hver fjerde uke og ved avslutning.

Ved avslutningen ble det også benyttet et erfaringsinnhentingsskjema som ungdom og foreldre fylte ut hver for seg. Erfaringsinnhentingsskjemaene var utviklet av AFT og inneholdt spørsmål om hvordan ungdom og foreldre hadde opplevd tiltaket. Der ble de bedt om å krysse av på en skala fra 1 til 10, der 1 tilsvarte helt uenig og 10 tilsvarte helt enig. Spørsmålene handlet blant annet om

tillit og om familiene hadde opplevd å få den hjelpen de ønsket. Skjemaene brukes internt for å sikre medvirkning fra familiene, men rapporteres på nåværende tidspunkt ikke oppover til BFE.

Faglig forankring og modell

Som beskrevet innledningsvis ble det i etableringen av AFT lagt ned et grundig arbeid i å finne ut hvilke behov hos brukerne og barneverntjenesten teamet skulle dekke. Det ble også lagt ned et grundig arbeid i utvikling av en egen fagmodell. Arbeidet med utviklingen av den felles fagmodellen for teamet var ferdig i januar 2024 og kalles «Systemisk endringsmodell Arenafleksibelt team, Barnevern psykisk helse» (vedlegg 1, SEM-A). Med modellen ønsket ledelsen å ivareta teamets spisskompetanse på psykisk helse og barnevern og samtidig sikre at hele teamet jobbet etter det samme faglige grunnlaget og med alle systemene samtidig. I utviklingen av fagmodellen ble innsikten fra brukergruppene og samarbeidspartnerne om at det var viktig å drive oppsøkende arbeid og tilby et bredt spekter av tjenester, tydelig vektlagt. Teamet skulle møte familien og ungdommene på de arenaene der de var. Dette var for å unngå terskelen med at ungdommer og familier måtte komme til et kontor for å få den hjelpen de trengte. Arbeidet med å utvikle fagmodellen skjedde parallelt med at teamet fikk sine første saker, og som vi skal komme nærmere inn på senere, ble den også justert i henhold til de erfaringene terapeutene gjorde seg i møte med familiene.

En tydelig intensjon med AFT var at teamet skulle jobbe intenst med familiene over en relativt kort periode der terapeutene skulle møte familiene, både foreldre og ungdom, hyppig og jobbe med risiko- og beskyttelsesfaktorer i alle systemene samtidig. Hensikten med hyppigheten og intensiteten var å unngå lange perioder uten kontakt mellom terapeutene og familiene og satse på tett oppfølging både i familien, på skolen og med andre instanser slik at endringsarbeidet kunne foregå parallelt på alle fronter. I utgangspunktet var derfor rammen for tiltaket satt til 6 måneder. Denne ble senere utvidet til å vare i opptil 12 måneder, etter erfaringen med at målgruppen hadde mer omfattende behov enn det som først var antatt.

Teoretisk er fagmodellen til AFT (vedlegg 1, SEM-A) eksplisitt forankret i både Bronfenbrenners modell (2005) og en familieterapeutisk forståelse (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Dette var noe både ledelse og ansatte hadde tro på, og som gjennom tidligere forskning hadde vist seg å gi gode resultater for brukerne. I modellen beskrives perspektivet som en flersystemisk forståelsesmodell. Modellen tar videre utgangspunkt i å identifisere utløsende og opprettholdende risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommen og systemet rundt ungdommen og utvikling av resiliens (SEM-A, s. 1, 6). En risikofaktor er forhold som øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser og negativ sosial utvikling i fremtiden. Beskyttelsesfaktorer demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personen er rammet av risikofaktorer (SEM-A, s. 6). Med

tilstrekkelige beskyttelsesfaktorer kan barn oppnå resiliens, altså at barnet har «god fungering tross risiko» (SEM-A, s. 6).

Fasene i AFTs systemiske endringsmodell:

Rammen for fagmodellen innebærer at teamene jobber etter de ulike fasene: 1) kartleggings- og stabiliseringsfase (8–12 uker), 2) utviklings- og endringsfase (tilpasses individuelt etter hver ungdom og familie), 3) generaliseringsfase (8 uker), 4) ettervern (4 uker). Før henvisning har det ofte vært kaotisk og vanskelig rundt ungdommen og i familien over tid. I den første fasen, **kartleggings- og stabiliseringsfasen** (8–12 uker) arbeides det derfor med stabilisering i hjemmet, terapeutisk relasjon mellom AFT og familien og motivasjonsarbeid. Videre kartlegges det hvilke risikofaktorer ungdommen omgis av, og hvilke beskyttelsesfaktorer som kan bygges opp. Kartleggingen danner grunnlaget for delmål. I kartleggingsarbeidet brukes ulike metoder, som strukturelle kartleggingssamtaler, genogram, nettverkskart, livslinje, observasjon, ASEBA og dokumentgjennomgang (se SEM-A, s. 9–10). Etter kartleggingen gjøres det en analyse av identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer og hvordan de påvirker ungdommens utvikling og psykiske vansker. Dette danner grunnlaget for delmål og hovedmål i behandlingen samt en behandlingsplan hvor konkrete terapeutiske tiltak konkretiseres.

Utviklings- og endringsfasen, modellens andre fase, er en intensiv fase der hoveddelen av endring skjer. Lengden på fasen tilpasses individuelt til hver enkelt ungdom og familie. Tiltakene består av fem komponenter som tar utgangspunkt i å redusere og styrke påvirkningsfaktorer i hvert sitt system.

1) *Individuelt endringsarbeid* skal øke beskyttende faktorer og redusere risikofaktorer. Her jobbes det med *terapeutiske temaer* som skal gi ungdommen økt forståelse for egen psykiske helse og utvikle ferdigheter hen har behov for, inkludert å mestre selvivaretagelse, vennskap og skolegang og fungere i egen familie. Terapeutiske samtaler og psykoedukasjon er her viktige metoder. De terapeutiske samtalene er samtaler rundt en ferdighet ungdommene har behov for å etablere eller styrke, deretter legges en plan for hvordan denne ferdigheten skal styrkes. *Ferdighetstrening* er her også en viktig del som kan kombineres med utførelsen av terapeutiske temaer, som er konkrete ferdigheter ungdommen har behov for å utvikle, som relasjonelle, sosiale og emosjonelle ferdigheter. *Miljøterapi* er også en sentral komponent i det å skape en ramme for det terapeutiske arbeidet. Her er relasjonsbygging til ungdommen sentral.

2) *Familiearbeid* har til hensikt å skape et bedre fungerende familiesystem og omsorgssituasjon for ungdommen slik at ungdommen kan fortsette å bo hjemme. Familiearbeid med *foreldreveiledning* og *familieterapi* skal styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risiko i familiesystemet og øvrig familienettverk. I foreldreveiledning er et viktig element å støtte og validere

foreldrene i deres utfordringer og styrke deres tro på endring samt å styrke foreldreferdigheter som vurderes som beskyttende for ungdommen. Familieterapiarbeidet baserer seg på en sirkulær forståelse hvor alle familie-medlemmene påvirker hverandre. Hovedtemaene består av reparasjonsarbeid mellom foreldre og ungdommen, å endre uheldig samspillsdynamikk og å bedre kommunikasjon og problemløsningsstrategier.

3) *Skolearbeid* skal redusere og styrke påvirkningsfaktorene i skolesystemet. Skole anses som en viktig arena for læring og utvikling av ferdigheter for å mestre eget liv. Arbeidet med skolesystemet utføres av spesialpedagogen, mens arbeid med ungdommen rundt skoleproblematikk og motivasjon utføres av ungdomssansvarlig. Arbeidet skal også styrke skole–hjem-samarbeidet.

4) *Nettverksarbeid* handler om arbeid med øvrig nettverk og nærmiljø for å redusere risiko og styrke beskyttelsesfaktorer som finnes i ungdommens vennenettverk og nærmiljø.

5) *Samarbeid med involverte instanser* skal redusere og styrke påvirkningsfaktorer i andre systemer som ungdommen er en del av. De fleste ungdommene og familiene som får hjelp av AFT, har behov for hjelp fra flere instanser og vil sannsynligvis også ha behov for hjelp etter at AFT er avsluttet. BUP er ofte en sentral samarbeidspartner, og det vektlegges å etablere tett samarbeid mellom ungdomsansvarlig i AFT og BUP-behandler for å ivareta en rød tråd i modellens tiltak og sikre god informasjonsflyt.

I utviklings- og endringsfasen evalueres tiltakene hver fjerde uke opp mot overordnede mål og delmål og avsluttes eller endres ved behov. Når flertallet av målene er nådd i tilfredsstillende grad, går arbeidet over i tredje fase:

Generaliseringsfasen: I denne fasen går endringsprosessen over i et generaliseringsforløp. Endringer og nye ferdigheter opprettholdes og overføres til de situasjoner og områder som er i ungdommens og familiens naturlige miljø. Miljøterapi, familiearbeid, individuelt endringsarbeid og skole- og systemarbeid er fortsatt hovedkomponentene i denne fasen. Tiltakene skal være mindre hyppige, og ungdommen og familien skal ta i bruk ressurser og hjelpesystemer i deres eget nettverk/lokalområde. I tillegg blir det lagt vekt på å få på plass andre nødvendige utviklingsfremmende og kompenserende tiltak rundt ungdommen.

Ettervernsfasen: I denne fasen er endringsarbeidet avsluttet, og arbeidet består i hovedsak av systemarbeid. Hensikten er at ungdommen og familien opplever trygghet og forutsigbarhet i en overgangsfase, og at systemene ungdommen naturlig inngår i, har etablerte rammer og forhold som vil opprettholde de nye ferdighetene og videreføre positive endringer. Samarbeidsmøter og overføring av informasjon er viktig i denne fasen. Tiltakene er få, men kan innebære noen få treff med ungdommen og familien eller telefonsamtaler e.l.

Målgruppe og utfordringsbilde

Målgruppen for AFT er ungdommer i alderen 12–18 år med omfattende psykiske vansker, hvor familiene er i behov for hjelp på flere arenaer. Tiltaket kan tilpasses ned til 10 år, og dersom det er yngre søsken i familien, kan de også inngå i tiltaket. Basert på rapporter og de ansattes erfaringer beskrives målgruppen som ungdom som kan ha medfødte utfordringer, psykiske lidelser, sosiale og relasjonelle vansker, reguleringsvansker og ofte lav selvivaretagelse. Ungdommene strever ofte med å gå på skole, og de kan ha manglende oppfølging fra barneverntjenesten eller ikke tilstrekkelig behandling hos BUP, eller instanser som burde vært involvert, er ikke involvert. Slik foreldrene beskrives, er det ofte høyt konfliktnivå mellom partnerne, og/eller det er en aleneforelder med lite nettverk, noen har lav omsorgsevne, mens andre har god omsorg, men trenger hjelp til barn med diagnoser.

Familiene som blir henvist til AFT, har ofte vært lenge i barnevernet og mottatt ulike barnevernstiltak. En del har også hatt mye kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien. Teamet opplevde at de fikk henvist familier med mer omfattende og sammensatte problemer enn det de hadde sett for seg da de startet arbeidet med fagmodellen. Som beskrevet tidligere var denne erfaringen en bidragende årsak til at tidsrammen for tiltaket ble utvidet fra en normert tid på 6 måneder til 12 måneder. Et forløp på 6 måneder krevde at familiene hadde stor nok kapasitet til å delta på og tilegne seg ferdighetstrening og foreldreveiledning samt delta på møter både i familien og med ulike instanser. Det viste seg etter hvert at det var behov for å bruke mer tid på stabiliseringsarbeid med familiene som ofte befant seg i en krisesituasjon.

De ansatte erfarte også at ungdommene med lang barnevernshistorikk uttrykte en form for mistro, både til systemet og til at det å være med i *enda et tiltak* kunne føre til varig endring. De ansatte brukte derfor mye tid på å skape tillit til ungdommene. Dette var faktorer som gjorde at tiden før teamet kunne begynne med selve kartleggings- og endringsarbeidet, ble utvidet. Samtidig beskrev ledelsen kartleggingsfasen som noe de ikke kan hoppe over eller korte ned på, nettopp fordi det å gjøre en grundig kartlegging er grunnlaget for å gi rett veiledning som er tilpasset den enkelte familie.

Kartleggingsfasen er veldig, veldig viktig, og hvis man ikke kommer i gang, eller det er mye vegring, eller kanskje mye sånt stabiliseringsarbeid, så ber vi om å kunne utvide den [kartleggingsfasen], nettopp fordi at det er jo det som er basisen for det arbeidet videre, og har man ikke den på plass, kanskje vi til og med feilveileder, tenker jeg. (AFT ledelse)

Tverrfaglig modell i teori og praksis

De ansatte i AFT beskrev fagmodellen som viktig for å ramme inn og skape en felles forståelse og struktur rundt arbeidet med å skape positive endringer hos ungdommene og deres familier. Samtidig viste de ansattes erfaringer med å

jobbe med modellen i praksis at den måtte forstås og brukes som et dynamisk verktøy som kunne justeres. Dette handlet både om å slippe frem og la de ansattes ulike kompetanser få ta plass og å justere i forhold til den målgruppen som til enhver tid får tilbud om AFT, og deres forutsetninger.

Tverrfaglighet som ressurs og utfordring

Tverrfagligheten som AFT besitter, ble ofte trukket frem som en styrke og ressurs for at teamet klarte å følge opp familiene på en tilfredsstillende måte. Samtidig fortalte ledelsen at de ansatte hadde ulike erfaringer med hvordan man skulle jobbe med målgruppen. Eksempelvis hadde flere av terapeutene i teamet tidligere vært ansatt som miljøterapeuter på ungdomsinstitusjon og var vant til å jobbe med omsorgsrelasjoner. I fagmodellen er et sentralt element at terapeutene skal jobbe med ferdighetstrening sammen med ungdommene, og at dette arbeidet skal forstås som en terapeutisk relasjon – et begrep som kommer fra et psykologifaglig perspektiv.

Med dette som utgangspunkt hadde ledelsen en tanke om at alle de ansatte skulle jobbe på samme måte, uansett faglig bakgrunn, med en flat struktur der alle var terapeuter og ikke oppdelt som miljøterapeut og psykolog. Som vi skal se senere i rapporten, er denne flate strukturen noe de ansatte har satt pris på, men det var likevel en overgang fra å jobbe med omsorgsrelasjoner til å tenke strategisk rundt det å sette mål sammen med ungdommen og jobbe systematisk med ferdighetstrening. Selv om dette var noe hele teamet hadde diskutert mye sammen, var det, slik både ledelse og ansatte så det, satt av for lite tid i oppstartsfasen både til opplæring i hva en terapeut som jobber med ferdighetstrening, gjør, og hvordan det er å jobbe arenafleksibelt.

Så det der, det har vi hatt altfor lite tid på og altfor lite opplæring i, liksom overgangen fra å være miljøterapeut [med fokus på] omsorg, til miljøterapeut som jobber strukturert med endring. (AFT ledelse)

De ansatte fortalte også at en del av dem var vant til å jobbe innenfor vanlig arbeidstid eller sammen med kollegaer på institusjon, mens i denne jobben skulle man være mye ute på oppdrag alene. Enkelte fortalte også at de ikke hadde erfaring med familiebasert behandling, men at dette var noe de har lært over tid gjennom praksis i det direkte arbeidet med familiene.

Å jobbe etter fagmodellen i praksis

Som tidligere beskrevet hadde målgruppen som ble henvist til AFT, et mer komplekst problembilde enn forventet, noe som krevde en annen tilnærming til ungdommene og familiene som helhet enn det å starte rett på kartleggingsfasen. Særlig de ungdomsansvarlige ga uttrykk for at deres kompetanse som miljøterapeuter med erfaring med omsorgsrelasjoner og det å skape tillit var viktig for å i det hele tatt komme i posisjon til å jobbe med endringsarbeid gjennom ferdighetstrening med ungdommene.

Det er jo den tilbakemeldingen vi får fra de ungdomsansvarlige. Det har vært at det er veldig vanskelig å komme i posisjon til disse ungdommene, ikke sant? Og det å komme med sånne ord som «ferdighetstrening», det er skremmende for ungdommene. Og de har vært masse på BUP. Og de er ikke interesserte i det [...] Fordi det må være mer veiledende og være mer dynamisk og tilpasses. (AFT ledelse)

Erfaringene som terapeutene hadde gjort seg i feltet, ble senere tatt hensyn til og lagt inn som en del av modellen.

Og da endret vi forståelsen, ved at vi tok miljøterapi inn i modellen. Fordi miljøterapi var egentlig ikke i modellen i det hele tatt. Og vi gjorde om dette til at selvfølgelig er dere miljøterapeuter, det er det verktøyet dere bruker for å komme i relasjon, og det skal være en terapeutisk relasjon. (AFT ledelse)

De ansatte fortalte at de hadde vokst seg inn i rollen og etter hvert hadde lært seg å strukturere arbeidsrutinene med utgangspunkt i fagmodellen. Samtidig pekte de på at det kunne være en utfordring å veksle mellom å tenke på de kortsiktige målene som handlet om konkrete avtaler med ungdommene om hva som skal skje fra dag til dag, og å se det opp mot de langsiktige målene.

[...] så er det jo mye som har gått seg litt til underveis, med at vi har gjort evalueringer, og at vi har vokst litt inn i rollen og sett litt hva behovet er i forhold til hva vi gjør. Så jeg synes, fundamentet som er modellen, jeg føler jeg har den i hodet, og så tikker den og går i hodet, og så ser jeg ... jeg vet sånn cirka exit-datoen. (AFT ansatt)

De ansatte fortalte også om at det var praktiske hensyn å ta når det gjaldt når det er hensiktsmessig å starte med tiltaket, dersom man skal følge de ulike fasene og tidsbruken, slik det er skissert i modellen. Her trakk de blant annet frem ferieperioder som spesielt sårbare fordi det kunne gjøre at det ble flere lange perioder uten kontakt mellom terapeutene og familiene. Særlig ved oppstart kunne dette være utfordrende fordi familienes motivasjon kunne dale dersom det gikk lang tid mellom vedtak om henvisning og at tiltaket kom ordentlig i gang.

Rolleavklaring i det faglige arbeidet internt og ut mot familiene

Som vist i gjennomgangen av prosessen med å etablere et arenafleksibelt team med et solid faglig fundament har mye av arbeidet med fagmodellen og maler som skal sikre at de sentrale elementene i modellen følges, blitt til underveis. Ledelsesgruppen beskrev det som uheldig at det i starten var utydelig for de ansatte hva som var forventet av dem, noe som kan ha ført til at oppstarten ikke ble så god som den kunne ha blitt. Samtidig løftet de frem at en positiv side ved denne prosessen var at hele teamet kunne komme med innspill og erfaringer fra praksis i arbeidet med å få på plass gode rutiner relatert til fagmodellen.

Det var uklart for oss hva vi skulle kunne forvente, det var uklart for teamets medlemmer hva som forventes. Så det ble ikke en god start. Nå har vi masse rutiner som skal sikre at man følger modellen. Det positive er at de har vært med å utarbeide mye av dette selv ved behov. Så det er den positive siden ved det, men jeg ville nok hatt mer av det på plass før vi hadde startet. Særlig for de som har startet nye, hadde det vært en mye bedre start og enklere. Nå er det en helt uttalt rolleavklaring og forventningsavklaring, og alt dette her, ikke sant, at det er på plass, det var det jo ikke da. (AFT ledelse)

Det vi kan se ut fra intervjuene både med ledelsen og ansatte, er at det var en bevissthet rundt at teamet skulle samle seg rundt et felles faglig utgangspunkt, og at de ansatte skulle vite hva oppgaven til AFT er, og hvordan arbeidet med familiene skal foregå. Samtidig var dette en ny situasjon for ledelsen, der de har gjennomgått en prosess med å «vokse inn i» sine roller og sørge for at deres ulike roller og ansvar ble tydelig overfor de øvrige ansatte. Dette handlet spesielt om rollefordeling mellom den daglige ledelsen og fagpsykolog. Utgangspunktet var, og er, at ansvaret for å følge opp og sikre at de ansatte jobbet etter modellen, skulle ligge hos ledelsen, mens ansvaret for veiledning etter de faglige elementene i modellen skulle ligge hos fagpsykologen. Fagpsykologen beskrev rollefordelingen som utfordrende å overholde i starten da hen også skulle bidra til å implementere modellen og ikke bare veilede på det faglige.

Fleksibilitet og systemisk arbeid som grunnlag for å lykkes

Det miljøterapeutiske arbeidet med ungdommene

Noe av det som kanskje er den største forskjellen mellom AFT og de spesialiserte hjelpetiltakene som retter seg mot familier i barnevernet, er at ungdommene her får en egen ungdomskontakt som har mulighet til å møte dem der de er, og kan jobbe med kartlegging og miljøterapeutisk arbeid gjennom aktiviteter som ungdommene selv har valgt. Miljøterapeutene beskrev arbeidet med ungdommene som mangesidig, der de brukte mye tid på å bygge tillit, men også ferdighetstrening. Dette kunne for eksempel være å trene på å være ute i det offentlige rom og å ta kollektivtransport sammen med ungdom som sliter med sosial angst. Miljøterapeuten fungerer også som en støtte for ungdommene til å komme tilbake til skolen. Dette kunne innebære alt fra å kjøre og hente på skolen til å sitte ved siden av ungdommen hjemme dersom ungdommen følger undervisningen via en plattform (som Zoom eller Teams). Videre fungerte miljøterapeuten som en støtte for ungdommene i familierapisamtaler og i møter med ulike instanser ved å sørge for at deres behov og stemme blir hørt og ivaretatt.

Både de ansatte i AFT og ungdommene vi har intervjuet (som vi skal se senere i kapittelet), trakk frem det å ha terapeutiske samtaler gjennom aktivitet som noe som var viktig for å få til positiv endring. Som beskrevet tidligere i kapittelet

hadde en del av ungdommene som fikk tilbud om AFT, allerede vært i barnevernets system i mange år og mottatt flere tiltak, noe som gjorde at de ikke nødvendigvis hadde tillit til nye tiltak som kommer inn.

Men med veldig mange familier som AFT møter, så har de møtt så mange instanser før, så de blir helt sånn, skal dere kartlegge, vi er kartlagt nok, vi trenger ikke dette. Vi trenger endring nå. (AFT ansatt)

De ansatte beskrev i intervjuene at de bruker mye tid på å komme i posisjon hos ungdommene til å i det hele tatt begynne å bygge en tillitsfull relasjon. Det at miljøterapeutene har mulighet til å gjøre aktiviteter sammen, som å game, gå på tur eller gå på kafé, gjør at ungdommene og terapeutene kan snakke sammen om det de holder på med der og da, og derfra begynne å nøste i hva det er ungdommene har behov for. Slik ledelsen beskrev det, har dette betydning for at kartleggingen som foregår i tiltakets første fase, blir gjennomført på en slik måte at ungdommene selv klarer å gi uttrykk for hva det er de har behov for, som kan være vanskelig for voksne å fange opp bare via observasjon, eller dersom kartleggingen foregår på et kontor.

Og man sitter ikke med selve kartleggingsmalen [...] Selv om de vet at det er en kartlegging, og jeg tenker at det er man jo åpen og ærlig på, men man slipper å stå med skjema og prestere noe. For mange [ungdommer] blir det ganske krevende. (AFT ledelse)

En av terapeutene pekte på at det å være fleksibel og komme hjem til ungdommene når de kanskje ikke hadde klart å komme seg til en terapeut selv, gjør at ungdommen får tettere oppfølging, og det gir terapeutene mulighet til å observere og forstå hvordan ungdommen og foreldrene har det i slike situasjoner. Dette kan i sin tur gi terapeutene viktig informasjon som de kan bruke til å veilede både ungdommen og foreldrene på en mer treffsikker måte.

Jeg tenker at en annen viktig faktor er det at vi får sett ungdommen når de normalt ikke hadde kommet til en time. Så vi har hatt situasjoner hvor vi kommer, og så ligger ungdommen i senga og vil egentlig ikke stå opp, og så kanskje blir de litt nysgjerrige etter hvert, så de dukker opp, eller at vi bare får den observasjonen på at forelderen prøver, og de vil ikke. Og det ville vi jo ikke fått på et kontor, da ville de jo bare ikke ha dukket opp. (AFT ansatt)

Som vi skal se i beskrivelsen av familienes erfaringer, samsvarer dette med det både foreldre og ungdom trakk frem som bra med AFT, og som har bidratt til å hjelpe dem. Selv om det å gjøre aktiviteter sammen med ungdommene er viktig for å komme i posisjon til å hjelpe dem, pekte en av de ansatte også på at det kunne være en vanskelig balanse mellom det å på den ene siden være den ungdommen ville gjøre hyggelige ting sammen med, og samtidig få til den terapeutiske relasjonen.

Det har aldri vært tanken at AFT vil at miljøterapeuten skal drive med aktiviteter. Det er ferdighetstrening som er arbeidsoppgaven til miljøterapeuten. Men hvordan skal man få med seg en ungdom på det? Da må man tilrettelegge for å bli kjent og gjøre det hyggelig først, og gjøre det ved aktiviteter. Og så må man sakte, men sikkert snakke om: «og så skal vi trene på disse tingene». Men opprinnelig var jo tanken at vi skulle sette oss ned og aktivt jobbe med ferdighetstreningsoppgaver sammen med ungdommene. Men hvordan skal du gjøre det med en ungdom som har så stort hinder for å snakke om det som er vanskelig, og ikke har noen spørsmål eller ser vitsen med å snakke med deg, og føler alt bare er tvang, men heller vil dra og stå på skøyter. Da må man velge, da. Det synes jeg kan være ganske utfordrende, fordi noen ganger kan det kjennes som miljøterapeuter kan bli en slags støttekontakt, og når det begynner å nærme seg det, at familien og ungdommen tenker sånn, at det er det det er, da kjenner jeg litt motstand, for det er ikke det vi skal drive med, vi må forstå at vi skal jobbe med endring. (AFT ansatt)

Terapeutene fortalte at for å få til denne balansen mellom å gjøre aktiviteter med ungdommene med den hensikt å skape tillit og det å gjøre en aktivitet hvor ferdighetstrening var hensikten, var samtalen med hele familien²⁰ viktig, der også foreldrene er med på at det er et endringsarbeid som skal foregå, og at alle må bidra i det arbeidet.

Å komme tett på familiene og jobbe familieterapeutisk

De ansatte pekte også på fleksibiliteten som en viktig faktor for at de kan lykkes med endringsarbeidet i familiene. På samme måte som i arbeidet med ungdommene løfter de frem verdien av at de kan komme hjem til familiene og få et innblikk i familiedynamikken.

Og så får du mer av de innblikkene, spontane, altså den vanlige hverdagen til familiene. [Du] kommer inn, og så er de i ferd med å kaste i seg noe mat før vi kommer, og ofte sitter ungdommen på rommet, og så må de prøve å samles. Så du får direkte innblikk i hvordan familien kommuniserer, og hva de kanskje kan ha utfordringer med. (AFT ansatt)

Et annet viktig poeng de ansatte trakk frem, var at det å komme hjem til familiene kan bidra til at terapeutene raskere kommer «inn på» og får tillit hos familiemedlemmene, og at den maktbalansen det innebærer å møtes på kontoret til terapeutene, kan nyanseres noe.

Avstanden fra oss som terapeuter til dem som familie blir kanskje ikke så stor. Når vi kommer hjem til de, de er hjemme i sin trygge base, det er vi som er

20 Som presisert tidligere er AFT organisert slik at familieterapeuten og miljøterapeuten møter både ungdommen og foreldrene, men miljøterapeuten har hovedansvaret for oppfølgingen av ungdommen, mens familieterapeuten har hovedansvaret for oppfølgingen av foreldrene.

gjest i deres hjem, istedenfor at de kommer på kontoret vårt. At det også gjør noe med maktbalansen som er positivt. (AFT ansatt)

En annen ansatt pekte på at man på denne måten lettere blir kjent med identiteten til hvert familiemedlem og også familien som helhet. Hos noen familier vil det at de ansatte kommer hjem til dem, være et signal om at det er noen som bryr seg om dem og følger dem opp, mens for andre familier kan det oppleves som mer invaderende. I de få tilfellene der de ansatte hadde opplevd at det at de kom hjem til familiene oppleves som invaderende, hadde familiene hatt mulighet til å komme på kontoret i stedet.

Som tidligere beskrevet får ungdom og foreldre både individuell støtte hver for seg av hver sin «egen» terapeut og samtaler sammen som familie. De ansatte beskrev rollefordelingen med en ungdomsansvarlig og en familieansvarlig som jobber sammen som et team, som å fungere godt. Her løftet de særlig frem viktigheten av at de kan «spille på hverandre» som miljøterapeut og familierapeut i arbeidet med hele familien, der informasjonen de deler med hverandre, bidrar til at de kan fungere som «oversettere» for familiemedlemmer som for eksempel er i en konflikt der de ikke forstår hverandre.

Senest i går, når jeg møtte min ungdom, og hen sa: «Mamma og pappa sa sånn.» Så kan jeg [si] «ja, kanskje mamma og pappa er redd for at du skal gjøre ...» Så bare være en ekstra stemme som hen kanskje i den situasjonen tåler å høre. Eller, hen klarer ikke helt å ta inn det mamma og pappa sa når de sa det, og er bare litt sint og irritert på dem. Men i samtalen med [sin] miljøterapeut, for eksempel, så kanskje de spør om hjelpe til å forstå; «ja, mamma og pappa kanskje har et ansvar og de er redde for meg», eller at de får et rom hvor de får forstått foreldrene sine bedre. Og på samme måte med foreldrene, at man kan oversette, hva handler dette uttrykket om. (AFT ansatt)

Det at terapeutene jobber med ungdommen og familien hver for seg, kan, slik sitatet over viser, bidra til å skape et rom for de individuelle familiemedlemmene til å forstå hverandre innad i familien. Samtidig beskrev terapeutene sin rolle som å støtte og styrke ungdommens stemme i den felles familiesamtalen.

Jeg synes alltid det er beundringsverdig for de ungdommene som vil være med i familiesamtaler, fordi det er jo ganske skummelt. Det er mange av familiene som ikke har snakket om hvorfor ting er vanskelig, før. Og foreldre som ikke er så gode på å gjøre det med ungdommen sin heller, så det å snakke da om hvorfor ungdommen skal trene på de tingene, men også snakke om at mamma og pappa må gjøre det samme, det er kjempeverdifulle. (AFT ansatt)

En annen ansatt beskrev dette arbeidet som å være «forent om barnet i terapien», og at det er det som er kjernen i å jobbe med familiesystemet. Samarbeidet mellom terapeutene bidrar på den måten med et helhetlig blikk, der det ikke bare handler om at foreldrene skal få veiledning, men der det

relateres helt konkret til ungdommenes erfaringer og opplevelser. En terapeut med ansvar for foreldrene forklarte samarbeidet med ungdomsansvarlig slik:

Men det jeg erfarte, er at jeg har så nytte av det. Det forsterker det at i familieterapien hvor vi kommer sammen, så forsterker den veldig barnets stemmes inn, og hjelper meg, jeg ønsker jo veldig påkobling fra miljøterapien. Du får et helhetlig blikk, men du får også en sånn, ja ... det er så viktig, at vi blir forent i terapien, om barnets stemme. Noen ganger er dynamikken sånn at det er en ganske avkoblet dialog. [Familien] er ikke koblet på. [I en sak] så hadde vi jobbet veldig opp mot å få den stemmen [til ungdommen] inn i familien. Og det får vi til her fordi vi er fleksible, fordi vi har ganske flat struktur, det er ikke noe veldig opphøyd at det å snakke med ungdommen [...]. Det er et samspill. Og det er det jeg bare digger, å se dette i praksis. (AFT ansatt)

Denne ansatte vektla samspillet mellom den ungdomsansvarlige og den familieansvarlige, og at de er like viktige for å få til endring. Den ansatte trakk frem likeverdigheten mellom arbeidet som gjøres med ungdommen og med foreldrene, som viktig og som forskjellig fra andre steder der hen har jobbet med ungdom og endringsarbeid, hvor det å jobbe med ungdommen hadde høyest status. Selv om ungdom er den hovedsakelige målgruppen i AFT, er også foreldrene og det relasjonelle samspillet mellom foreldre og ungdom sentralt i det arbeidet tiltaket gjør, slik det ble beskrevet her.

Selv om de ansatte beskrev arbeidet med familiesystemet som noe de opplevde at bidro til positive endringer, så var det ikke alle familier de kom i posisjon til å jobbe tett sammen med. Fra observasjoner av møter og intervjuer med de ansatte vet vi at i noen familier ønsket ikke ungdommen å ha noen særlig kontakt med terapeuten, mens i andre familier kan terapeutene oppleve vegring fra foreldre som ikke er enige i det AFT mener om hva barnet deres trenger, eller som ikke setter av tid til familiesamtalene eller avlyser ofte. I det ene gruppeintervjuet ble det også reflektert over at det i starten var tenkt at terapeutene skulle være mer med i ulike situasjoner i familiene, for eksempel for å trene på å få ungdommen opp og på skolen på morgenen, for å skape gode rutiner. Dette har ikke blitt gjort i særlig grad, og de ansatte lurte på om det også kunne henge sammen med at problematikken til ungdommen og familiene viste seg å være mer omfattende og alvorlig enn det de trodde ved oppstart.

Ansatt A: Jeg husker jo sånn helt opprinnelig når AFT ble laget, var vel tanken at vi skulle være med i mye større grad enn det vi kanskje er ... være i situasjoner på kveldstid, for eksempel, i de legge-situasjonene, for å bistå familien, veilede foreldrene til å få lagt ungdommen, rett og slett. Eller på morgningen, komme og være med i vekkesituasjoner, være med på frokost og veilede ungdommen ut. Hvorfor vi ikke har gjort det mer, men at det heller blir mer sånn veiledning til foreldre i samtale, er jeg litt usikker på, men jeg tror kanskje det handler noe om ungdomsgruppen vi har hatt fra starten.

Ansatt B: Jeg har opplevd litt vegring fra foreldre, at å få oss inn så tidlig på morgenen eller så sent på kvelden, at det ikke har vært nødvendig, men at mange har ønsket veiledning på telefon. At de ringer kanskje klokken sju om morgenen, og ... at vi er tilgjengelige da og ser at det er nyttig at de har noen å sparre med.

De ansatte opplevde at ikke alle familiene var klare for å ha dem så «tett på», og tilpasset seg deretter, mens andre familier ønsket dette. Å jobbe tett på familiene, der én terapeut har ansvaret for ungdommen og én for foreldrene, ble beskrevet som å gi et godt grunnlag for å jobbe med endring i familien.

Skolesystemet og AFT sin rolle som bindeledd og veileder

I kartleggingen av skolesystemet undersøker AFT om det er noe i skolesystemet som kan være «risikofaktorer» for ungdommen, som utilstrekkelig tilrettelegging, manglende kompetanse på psykisk helse og vanskelige relasjoner til skoleansatte og elever. AFT har som tidligere nevnt en egen skoleansvarlig som følger opp samarbeidet mellom ungdommen/familien og skolen, ettersom ungdommen som får AFT, ofte har høyt skolefravær, og i noen tilfeller ikke har vært på skolen på flere år.

Det er så ulikt fra familie til familie og ungdom med hva slags erfaring de har, og hvor gamle de er når de kommer inn. For noen kan jo ha en ganske stygg mobbehistorie fra barneskolen, og så møter vi de i 10. klasse, og så har de ikke vært på skolen hele ungdomskolen. Så møter du bare sånn massiv vegring. Hvor er det man starter da ut ifra vår modell? Hva er det vi kan gjøre for dem? Men da må man starte med å sette i gang med noen mestringsarenaer, da, fordi ungdommen ikke er på skolen i det hele tatt, de har ingen mestringsarenaer per dags dato, de er bare hjemme. (AFT ansatt)

AFTs vektlegging av mestringsarenaer og selvfølelse ligger nært til skolelovenes beskrivelse av sine arbeidsoppgaver (Gundersen et al., 2022). Den skoleansvarlige jobber med å få skolene til å legge til rette for en gradvis opptrapping av tiden ungdommen skal være på skolen, og å tilpasse undervisning som kan skje digitalt. Dersom AFT anser at det er behov for ytterligere kartlegging av ungdommen, kan skoleansvarlig få skolene til å sette i gang slike prosesser, for eksempel via PPT. I tillegg kan skoleansvarlig bidra med å finne frem til spesialskoler dersom det kommer frem at ungdommen har et større behov enn det skolen ungdommen går på, klarer å tilrettelegge for. For at skolen kan bli en mestringsarena for ungdommene, er det ikke bare skolen som må på banen, det må også foregå et arbeid i familien. Her kommer samspillet mellom systemene og AFT sin rolle som bindeledd mellom skolen og familien til uttrykk. Flere beskrev skolekontaktens rolle som å «reparere» forholdet mellom familien og skolen.

Ja, der må man reparere forholdet mellom familien og ungdommen og skolen, fordi de har sin mening om hva problemet er, og skolen har sine opplevelser.

Så det er egentlig en veldig stor del av jobben, fordi vi skal legge til rette for et godt skoleløp også etter at vi er borte. Vi er ikke der for å ta over foreldreoppgavene eller for å ta over skolens oppgaver. Vi skal på en måte hjelpe skolen til å bli flinkere til å hjelpe eleven. Og hjelpe foreldrene til å tilrettelegge best mulig hjemme for at eleven skal komme seg til skolen, og finne strategier sammen med eleven på hvordan man prøver sammen. (AFT ansatt)

Som vi kan se av sitatet, handler «reparasjonsarbeidet» om å få skolen og foreldrene til å samarbeide om å legge til rette for ungdommen både hjemme og på skolen. Selv om AFT tar over arbeidet med å koordinere møter mellom skolen og foreldre og til en viss grad snakker *for* foreldrene om ungdommens behov, så skal skole–hjem-samarbeidet også fungere etter at AFT er avsluttet. Samtidig som skoleansvarlig har hovedansvaret for dette, har ungdoms-ansvarlig og familieansvarlig en rolle å spille i å skape gode rutiner i familien. Mye av arbeidet som foregår sammen med ungdommen, handler om å legge til rette for å være fysisk og mentalt forberedt til å møte opp på skolen. Delmålene frem til målet om å komme tilbake til en vanlig skolehverdag handler ofte om å skape gode hverdagsrutiner.

De er deprimerte, kanskje har de snudd døgnet, de er oppe på natta, eller de er ute ... og sover hele uken, og så er de ute med venner og fester i helgene. Det er så mange ting å snu, så målet om skole er på en måte der borte, og så blir det å brette det ned til de små delmålene. Sånn: «Hvis du skulle gå på skole nå, hva skulle til for at du skulle kunne få til det det? Da må du sove på natta og stå opp på morgenen, og for å sove på natta, da må du ikke sove på dagtid.» Veldig ofte blir det jo å jobbe ganske lenge med akkurat det. (AFT ansatt)

En annen terapeut beskrev hvordan hen så på sin rolle i arbeidet opp mot skolesystemet, og hvordan det etter hvert hadde blitt tydelig for hen hvordan god skolefungering også påvirket hjemmesituasjonen for familiene.

Jeg ser på det som en av mine viktigste roller, det er jo å få til skole. Sammen med spesialpedagogen. For det er noe som kommer til å være der, når vi trekker oss ut, og det er jo den viktigste mestringsarenaen, det er sosial trening, det er fag, det er, alt handler om det, men en del av den der konflikten som kan være hjemme med at barnet ikke drar på skolen eller vegrer seg for ting. Så det handler jo om ... hvis du får til det [at ungdommen deltar i skolehverdagen], blir ting litt roligere i andre sammenhenger. (AFT ansatt)

De ansatte erfarte at det at de er koblet på familien, gjør at skolen tilrettelegger mer og bedre for ungdommen, og i noen tilfeller også får sendt henvisninger blant annet til PPT, som i flere tilfeller burde ha vært sendt tidligere.

Tidkrevende, men viktig koordineringsarbeid

I tillegg til skolesystemet kartlegger AFT andre instanser rundt barnet og undersøker om risikofaktorer i barnets system kan være manglende oppfølging fra barneverntjenesten, ikke tilstrekkelig tilpasset behandling hos BUP eller at instanser som ikke er involvert, bidrar til å gjøre livet for ungdommen og familien vanskelig (vedlegg 1, SEM-A, s. 2). Denne kartleggingen innebærer også at teamet jobber med å skape en felles forståelse blant alle aktørene.

Man er så avhengig av at disse systemene jobber godt sammen. Både de profesjonelle og familien og skolen. Det å få til samarbeid, godt samarbeidsklima, forståelse for hverandres situasjon og sånn, det tror jeg også er en viktig del av modellen vår, altså. (AFT ledelse)

De ansatte beskrev at det at de tar over samarbeidet med instansene, gjør at de samarbeidende instansene opplever at de får litt søkelys på seg, og dermed må gjøre en større innsats. Dette kan ha sammenheng med at AFT besitter kunnskap om systemenes ansvar, men det kan også henge sammen med at AFT har mer tid og krefter enn foreldrene under en viss periode til å legge mer press på instansene, slik en ansatt beskrev det.

Vi tar jo over foreldrerollen i noen grad, eller vi gjør jo det. Altså når vi koordinerer så mye som vi gjør. Jeg ser på det som veldig gunstig, fordi systemet har kanskje forsømmet oppgavene sine. Både NAV og barnevern og BUP. Og vi ser at det skjer en stor effekt når vi kommer inn utenifra og løfter litt, og er ganske pågående med å sende mail og ringe, hvis ikke ting blir gjort. Det blir i hvert fall synliggjort hvis de systemene ikke gjør det. At det ikke gjør jobben sin, men det er jo veldig mye, ja, det systemarbeidet krever veldig mye, men det er så viktig. Vi begynner med det veldig tidlig, for at de også skal ha det systemet på plass når vi avslutter. Og foreldrene skal ha tro på at det er noen som tar hånd om det. (AFT ansatt)

AFT holdt i trådene i instansene rundt ungdommene med mål om å få til en bedre hverdag for ungdommene og familiene. Arbeidet ble omtalt som krevende, både i form av arbeidsmengde og tid. Samtidig var det dette systemarbeidet mellom ulike instanser, spesielt skole, og ungdommen/familiene de ansatte trakk frem at gjorde at de opplevde at den jobben de gjør, fører til en bedring for ungdommen og familiene.

Så er det kjempefint at vi får være med, for vi ser på alt, så vi kan være med på å flette sammen det med BUP, med PPT, og så er det oss, og så er det skole, og så er det det som skjer hjemme med leggetid og helgerutiner. Vi kan være med på å flette alt det her sammen, slik at det blir en oppfølging. Ikke bare på skolen, sånn som på de andre arbeidsplassene jeg har hatt, når jeg kun har jobbet på [arbeidssted], så har vi ikke noe oversikt over hva som skjer etterpå. Mens her har vi masse informasjon både fra familieansvarlige, fra ungdomsansvarlige, om hvordan strukturen kanskje er hjemme i de fleste

tilfeller. Så da kan man prøve å legge til rette slik at kvelden og natta, at foreldrene også hjelper til at eleven kommer til skolen. (AFT ansatt)

Ut fra intervjuene med de ansatte og observasjonene av teammøtene ser vi at koordineringsarbeidet også kan være tidkrevende, fordi det kan oppstå uforutsette hendelser fra samarbeidspartnernes side som er utenfor teamets kontroll. Dette kan kreve at AFT må gjøre et ytterligere arbeid eller starte på nytt med enkelte ting, for eksempel dersom skolen ikke følger opp en opptrappingsplan der målet kan være at en elev skal begynne å komme på skolen fysisk en dag i uken, men der dette av ulike årsaker ikke har blitt lagt til rette for av skolen. Da må AFT avtale nye møter med skolen samtidig som de må ta ett skritt tilbake og jobbe med motivasjonen til ungdommen igjen samt relasjonen mellom skolen og familien. De ansatte opplevde at koordineringsarbeidet kunne ta mer tid enn hva som var avsatt i løpet av arbeidsuken, og at dette kanskje ikke alltid var like synlig.

Vi har jo satt av en tid i uken til hvor mye instansarbeid vi skal drive med. I noen av disse sakene jobber man helt ekstremt mye med instansarbeid. Hvis man hadde sett på tiden av hva vi egentlig sa vi skal gjøre i løpet av en uke, så er det ganske høyt trykk på instansarbeid, som på en måte kanskje ikke helt kommer frem. (AFT ansatt)

Noe av grunnen til at slikt instansarbeid kunne bli usynlig, var, slik de ansatte beskrev det, ansvaret de følte overfor ungdommene, selv da de ikke var på jobb. Dette kunne for eksempel handle om e-poster fra skolen sent på kvelden om noe som skulle skje neste dag, som opplevdes som viktig å respondere på dersom det skulle bli en god opplevelse for den ungdommen det gjaldt:

Da blir det til at [selv om] man ikke er på jobb, så forholder man seg til det likevel fordi man ser at det tikker inn. [...] Og så vet du hva det betyr for den ungdommen hvis ikke du hadde forholdt deg til det. (AFT ansatt)

De ansatte beskrev hvordan de strakk seg lagt med å få til instansarbeidet, og endte av og til opp med å jobbe utover oppsatt arbeidstid. Dette «ekstra» arbeidet opplevde de også at var vanskelig å dokumentere, ettersom det ikke var noe som for eksempel kunne legges inn i systemet for saksdokumentasjon (BIRK).

Stor frihet til å bruke egen kompetanse, men også ensomt arbeid

På spørsmål om opplevelse av arbeidshverdagen beskrev de ansatte en hverdag med varierte arbeidsoppgaver og mye selvstendighet. Flere fortalte at de opplevde at det var en flat struktur i arbeidskollegiet der både miljøterapeuters, familieterapeuters og psykologers vurderinger og innspill ble verdsatt og arbeidet videre med i familiene. Det at de hadde mye frihet til å ta avgjørelser basert på egen kompetanse, ble beskrevet som en form for «tillitsbasert ledelse» som de opplevde som positivt. Samtidig beskrev de

arbeidet sitt som til tider ensomt og at de ofte står i situasjoner der de går igjennom mye selvrefleksjon rundt hva som er riktig å gjøre til enhver tid.

Dette er på mange måter en litt ensom jobb noen ganger fordi man gjør veldig mye alene, og det er ingen som observerer deg og kan gi deg tilbakemeldinger. Og derfor er det veldig godt å være to noen ganger i foreldresamtalene eller de gangene vi er to. (AFT ansatt)

Dette handlet særlig om situasjoner der miljøterapeutene ble avvist av ungdommen, men likevel måtte fortsette å prøve å komme i posisjon til å skape en god relasjon. For miljøterapeutene handlet det om å vise ungdommene at de ikke ga dem opp, men at de fortsetter å gi dem en sjanse til å stole på at tiltaket er der for å hjelpe dem. Samtidig kunne de ansatte synes det var utfordrende å vite hva som var etisk riktig å gjøre i situasjoner med avvisning, om de burde bli og vise at de bryr seg, eller gå, for slik å respektere ungdommenes integritet.

Jeg har sittet og ventet på en ungdom i huset mens foreldrene er på jobb, i to timer, nede, mens ungdommen ligger oppe og aviser meg. Så sitter jeg og venter og venter og venter i hennes hjem. Og jeg veksler også i [...] det her er et frivillig tiltak, hvorfor sitter jeg her, jeg gir hen en mulighet, jeg aviser ikke hen tilbake. Veldig mange faglige spørsmål og, litt etiske, i de to timene. (AFT ansatt)

Det ble også løftet frem at det at de ansatte hele tiden må være selvdrevne i å få til møter med familiene, kan være uvant, særlig når man er ny og ikke er vant til at det er de ansatte som skal oppsøke og ta kontakt med familiene for å få til møter, og ikke omvendt.

Så skal du ikke ta nei for et nei, fordi du har et oppdrag. Så jeg har måttet jobbe veldig med den ... og jeg tror på det, så det har ikke noe med det å gjøre, men det har ikke vært helt automatisert for meg. Så når jeg ikke hører noe fra en familie, så har jeg måttet avlære meg litt det [å vente på familien] og ... at da må jeg ta kontakt. Jeg må ikke vente på at folk kommer til meg. (AFT ansatt)

I tillegg til at arbeidet med å få kontakt med og skape relasjon til familiene kan oppleves ensomt, pekte de ansatte på å oppleve en ensomhet i avgjørelser de tar når det gjelder hva som er riktig og hensiktsmessig å gjøre i spesifikke situasjoner, for eksempel i ferdighetstrening med ungdommen. Flere av de ansatte etterlyste at de som har lignende roller i teamet, av og til kan være med i hverandres familier for å observere og lære av hverandre.

Med inspirasjon og kompetanseheving og at man også får muligheten til å gi en tilbakemelding, «det der gjorde du bra», «kanskje du kunne ha tenkt på det». Vi begge har jo jobbet på gulvet, holdt jeg på å si ... Og da observerer man hverandre hele tiden, du har en debrief på slutten av dagen, hvordan var det det funka, du får tilbakemeldinger hele tiden. Mens her så får du mer sånn

«ja, det var bra», kanskje av en kollega, eller at du sa hva du gjør her i behandlingsmøte, men du får ikke analysert det grundig nok. (AFT ansatt)

Å ha kollegaer å diskutere med som kan være til stede i konkrete situasjoner, anses av de ansatte som verdifullt. Slik vi ser det, vil slik kollegial støtte kunne bidra til at det tidvis ensomme og vanskelige arbeidet i familiene oppleves mindre ensomt og kan styrke det faglige arbeidet som gjøres innad i familiene.

Leder- og kollegastøtte

I AFT avholdes det interne teammøter og behandlingsmøter i hver sak hver uke hvor de ansatte har mulighet til å snakke sammen med både kollegaer, ledelse og fagpsykolog om det som har skjedd i familiene i løpet av uken. De ansatte fortalte likevel at tiden for disse møtene opplevdes knapp, og at det var mye som skulle planlegges, noe som gjorde at egne opplevelser og refleksjoner om situasjoner man har stått i, ble nedprioritert.

Men det er også litt sånn knapt med tid. Man må være litt smarte for det er så mye planlegging. Skal vi gå for å tømme oss, få ut frustrasjon, eller ... altså, man må velge, man må være litt smarte. Men derfor blir det jo ofte til at ... vi har sånne kontorlandskap ... at man snakker veldig mye om sakene sine når man først møtes, lunsjene våre går jo ofte til det, dessverre. (AFT ansatt)

I begge gruppeintervjuene beskrev de ansatte hvordan de brukte hverandre som støtte, særlig den man jobbet i team sammen med, hvor de gjerne ringte hverandre etter at de hadde møtt enten ungdom eller foreldre, for å ventilere tankene sine. Flere fortalte at de kunne gjøre dette også utenfor arbeidstid, der de for eksempel sendte en SMS og spurte hvordan dagen/kvelden hadde vært, fordi de visste at kollegaen kunne ha behov for det.

Det er ikke sjelden at man snakker litt på telefonen på fritiden, bare for å sjekke inn med den andre i teamet, hvordan var det, at man er engasjert i den andres arbeid i saken. Og det synes jeg har vært veldig positivt. Man går litt utenfor de rammene bare for å støtte hverandre. (AFT ansatt)

En annen ansatt pekte også på den uformelle støtten fra kollegaer, men etterlyste samtidig mer støtte fra ledelsen og ønsket å skille denne formen for støtte, som handlet mer om å ta vare på den enkelte ansatte, fra det som handlet om den faglige veiledningen om modellarbeid og hvordan man skal veilede familiene på best mulig måte.

Jeg får den støtten jeg trenger fra mine kollegaer, men ofte skulle jeg ønske at ledelsen eller de faglig ansvarlige kunne høre mer på meg, og la meg ha den tiden til å tømme meg litt, uten at det må settes av veiledning til det. For det er ikke egentlig veiledning, det er å få tid til å si noe om sånn, det er ganske heavy problematikk veldig ofte, og når man føler man bærer det litt alene, så kan det blir litt ensomt, ja. (AFT ansatt)

Det er gjennomgående i gruppeintervjuene at de ansatte opplevde et stort behov for å ventilere og reflektere sammen rundt situasjoner og vurderinger de står i og gjør fra dag til dag. Fra ledelsen i AFT vet vi at AFT har en ordning der de ansatte deltar i prosessveiledning med en ekstern psykolog om lag hver tredje uke. Formålet er at de ansatte skal få ha en møteplass hvor de kan ta opp arbeidets følelsesmessige sider. Målet er å forsøke å forstå og håndtere følelsesmessige reaksjoner, som igjen kan dempe belastningene for den enkelte ansatte i teamet. Prosessveiledningen var likevel ikke noe de ansatte løftet frem i intervjuene. Vi har derfor lite informasjon om hvordan de ansatte opplever at denne veiledningen bidrar til å støtte dem. De ansatte uttrykte at de satte pris på kollegaenes støtte, og at den er betydelig fordi de vet at kollegaene har høy kompetanse og mye erfaring med denne type arbeid. Samtidig kan det at lunsjpauser går med til å ventilere vanskelige saker, vitne om at det er behov for mer tid til slik støtte innenfor normert arbeidstid.

Familienes erfaringer med AFT

I denne delen presenterer vi erfaringene fra de familiene vi har intervjuet, som har mottatt eller fortsatt mottar AFT. Vi har intervjuet til sammen syv foreldre og seks ungdommer. Ungdommene var mellom 15 og 17 år. En av ungdommene fikk AFT ved intervjudispunktet, mens resten hadde avsluttet tiltaket. Tre av dem som hadde avsluttet, mottok fremdeles hjelp fra barnevernet. I tillegg vil vi stedvis supplere disse intervjudataene med informasjon fra de anonymiserte rapportene vi har fått tilgang til.

Et overordnet funn fra familiene vi har snakket med, er at både foreldrene og ungdommene som mottok AFT, er fornøyde og har opplevd bedring av sin livssituasjon. Gjennomgående er at foreldrene opplevde stor lettelse ved å få inn noen som hjelper dem med å koordinere møter og samarbeid med alle instansene de er i kontakt med, spesielt skole, og av å bli sett og forstått. Det er også gjennomgående at ungdommene setter pris på aktivitetene de gjør sammen med terapeuten/miljøarbeideren. Dette trakk ungdommene frem som betydningsfullt for å få tillit til terapeuten, noe som igjen er viktig for å kunne trene på ferdigheter. Samtidig ser vi at både ungdom og foreldre kunne oppleve avslutningen av tiltaket som vanskelig, nettopp fordi de hadde fått en god relasjon til terapeutene og opplevd å ha fått hjelp.

Familienes beskrivelser av opplevd behov

Alle deltagerne i denne studien beskrev erfaringer med nedsatt psykisk helse hos ungdommene. Dette har bidratt til problemer med fungering i hverdagen, noe som igjen påvirker hele familien og relasjonene mellom familiemedlemmene. Et tydelig fellestrekk er at alle har vanskeligheter knyttet til skolen. Noen ungdommer beskrev at de har vegret seg for skolen helt siden førsteklasse, mens andre har opplevd ufrivillig skolefravær etter perioder med mobbing. Noen ungdommer beskrev hvordan de har utviklet sosial angst på grunn av mobbing

som også har vært knyttet til allerede kjente diagnoser. Andre igjen har oppdaget og blitt utredet for ulike diagnoser etter at skolen har sendt bekymringsmelding til barnevernet. For andre igjen har det vært psykisk sykdom som har skapt utfordringer med å gå på skolen, uavhengig av hvordan skolehverdagen har sett ut.

Vi ser også at koronapandemien ble en ekstra vanskelig periode for ungdommene vi har snakket med som allerede før pandemien hadde et anstrengt forhold til skolen. Det å miste hele det sosiale nettverket og samtidig skulle strukturere skolehverdagen alene via internett ble for krevende for mange og bidro til å bygge barrierer for å møte opp fysisk på skolen etter at pandemien var over.

Så under pandemien ... stoppet jeg å gå på skole helt. Og så introduserte barnevernet det [AFT] for meg og [foreldre] og spurte om det hørtes greit ut, og da sa jeg ja. At vi skulle prøve. (AFT ungdom)

Mange av foreldrene beskrev hvordan det har vært en kamp å få hjelp av skolen for å tilrettelegge for at barnet deres skal kunne komme tilbake og være fysisk på skolen, enten etter pandemien og/eller som følge av psykisk sykdom:

Jeg har vært så naiv i det, at, jeg bor i et velferdssystem, jeg bor i Norge, nå blir vi tatt vare på. [...] Det er en jungel der ute [...] Du må være så «på» selv og finne ut hva du har krav på, hva slags rettigheter du har, hva slags muligheter finnes. Jeg husker bare det at: «Hva slags skole kan hen gå på?» Det er ikke en overordnet oversikt i Norge over spesialskoler, ungdomsskoler, videregående. Det er et virvar å finne frem. Og hva slags tilbud finnes hvis man ramler helt sammen? (AFT forelder)

Flere av foreldrene vi har snakket med, fortalte om en hverdag før de fikk AFT, som bestod av å prøve å håndtere en fulltidsjobb og samtidig prøve å få hjelp til barna sine gjennom skole, psykiatri og barnevern, der dagene bestod av å ringe rundt, møte opp hos ulike instanser og delta på møter som omhandlet barna. Foreldrene beskrev hvordan ungdommen deres gikk inn og ut av ulike tiltak i psykiatrien og gjennom barnevernet. I de tilfellene der ungdommen hadde hatt tiltak hos BUP, fortalte familiene at den hjelpen de ble tilbudt, ikke var nok til å dekke det store behovet ungdommen hadde. Flere fortalte at når ungdommen har fått stilt en diagnose, har de blitt utskrevet fra BUP, selv om verken ungdommen eller foreldrene har opplevd at de er klare for det. Noen beskrev det som «å stå med en diagnose i hånden» på et brev uten videre hjelp til å håndtere utfordringene. Flere fortalte også at de hadde blitt utskrevet fra BUP fordi ungdommen ikke møtte opp til time ved flere anledninger, fordi de var, slik de selv og foreldrene beskrev det, for syke til å møte opp. En forelder som hadde havnet i en slik situasjon, fortalte at da hen meldte fra at ungdommen fortsatt hadde et stort behov for støtte, var det eneste som kunne tilbys, en frivillig bekymringsmelding til barnevernet, slik at ansvaret for ungdommen kunne overføres dit.

Så gikk jo ikke det bra heller, hvor det kom til det punktet hvor BUP sa «nei, vi kan ikke hjelpe dere lenger». Så sa jeg «okay, hvis ikke dere kan hjelpe meg, hvem kan hjelpe meg?» «Nei, hvis du er med på en frivillig bekymringsmelding til barnevernet. For nå kan ikke vi hjelpe dere» [litt latter]. Og jeg bare «okay ... så barnevernet bare får alt dere ikke klarer». Ja, det var litt den typen der. (AFT forelder)

I vårt materiale er det flere av familiene som har fått AFT via denne runden med psykiatri og barnevern. Flere av foreldrene som hadde barn med utredede diagnoser, som autisme eller spiseforstyrrelse, fortalte om hvordan de har følt seg som kasteballer i et system der barnet deres ikke har «passet inn».

Vi var desperate etter å få noe annen hjelp. I og med at vi følte oss egentlig som kasteballer mellom ulike instanser. (AFT forelder)

Andre fortalte at de ikke har opplevd å få nok støtte, verken til barnet eller i rollen som forelder med et sykt barn eller med et barn som nekter å gå på skolen. For noen av foreldrene har dette ført til en følelse av hjelpeløshet og skam i forbindelse med at de har «havnet hos barnevernet», som enkelte sa. For mange foreldre var denne prosessen med bekymringsmelding, selv i situasjoner når den er frivillig, svært belastende. Dette gjaldt særlig barnevernets kartlegging av foreldrenes omsorgsevne. Dette kan henge sammen med at foreldrene selv opplever at de har kjempet for barna sine, men når barnevernet er det som blir beskrevet som «siste utvei», så er det deres omsorgsevne det blir satt spørsmålsteget ved, heller enn mangler ved selve systemet som skal bidra til å hjelpe barna. Samtlige av disse fortalte at de skulle ønske det hadde vært andre måter å få AFT på enn via barnevernet, og at det var noe de hadde hatt behov for tidligere i barnets sykdomsforløp.

Medvirkning – betydningen av å bli sett og forstått

Særlig foreldrene, men også ungdommer vi intervjuet, beskrev hvordan kontakten med AFT har ført til at de har følt seg «sett og forstått», både når det gjaldt hva de har trengt av tiltak, og den vanskelige situasjonen de har stått i. For de aller fleste ungdommene vi har snakket med, var det betydningsfullt at miljøterapeutene i AFT så dem i flere situasjoner og ble kjent med flere sider av dem, ikke bare det som var vanskelig, som ble løftet frem som viktig og avgjørende for at de hadde en opplevelse av at tiltaket hjalp dem. Ungdommene fremhever at dette bidro til at de følte seg forstått og sett som «hele mennesker», ikke bare som pasienter eller problemungdom. Flere av ungdommene vi snakket med, fortalte at de gjerne ville ha med seg miljøterapeutene fra AFT for å treffe andre venner eller personer som de beskrev som viktige voksne i sin nærhet, både fordi de hadde tillit til terapeuten, og fordi det bidro til å binde ulike deler av hverdagslivet sammen.

Det var en veldig fin følelse, at de ser den delen av livet mitt også, ikke bare det som er rotete, og ikke bare den kranglingen og problemene på skolen.
(AFT ungdom)

I intervjuene fortalte også foreldrene om en enorm lettelse da de «endelig» hadde fått AFT og fikk en følelse av hva det innebar for dem å få den støtten. Her trakk foreldrene særlig frem at de følte seg «sett og hørt» uten å bli stemplet som «dårlige foreldre». En forelder fortalte hvordan terapeutene lyttet til det hen opplevde som vanskelig, og kom med forslag til hvordan hen kunne endre sin kommunikasjon med sitt barn.

Det følte jeg. Jeg skal ikke prate for barnet mitt, men jeg kan prate for meg. Ja, jeg føler at jeg ble veldig hørt. Jeg fikk som sagt veldig mye verktøy, veldig mye rammer på, hvis du gjør det, så kan det hende at det skjer. (AFT forelder)

Foreldrene fortalte at det at de ansatte i AFT viste dem forståelse for den krevende situasjonen det er å ha omsorg for et barn som er sykt eller nekter å gå på skole, er avgjørende for både tilliten foreldrene får til teamet, og for en positiv endring. For en del av familiene virket møtet med AFT å dempe skamfølelsen en del beskrev ved det å «ha havnet hos barnevernet», fordi de fikk denne opplevelsen av å bli sett og forstått. Det at AFT tar over den koordinerende rollen foreldrene har hatt med skole og andre instanser, beskrives også som en stor og betydningsfull avlastning.

Grunnleggende for denne opplevelsen av å bli sett og forstått handler, slik vi tolker det, om måten familiene blir møtt på av teamet, og at de har hatt mulighet til å medvirke til hvordan innholdet i tiltaket kunne formes etter deres ønsker og behov. Her blir det tydelig hvordan det familieterapeutiske prinsippet om en ikke-vitende og ikke-dømmende holdning, samt et uttalt mål om medvirkning, er faktorer som bidrar til at familiene opplevde å bli ivaretatt av AFT.

For noen ungdommer var erfaringen med å kunne delta aktivt i møter fordi de hadde fått informasjon og kunne stille spørsmål om sin sak, slik de hadde fått mulighet til gjennom AFT, noe som utgjorde en betydelig forskjell fra tidligere erfaringer.

Ja, jeg fikk mye mer informasjon fra dem enn fra barnevernet. Alt jeg ikke skjønnte, ble forklart for meg. Det var som at ingen spørsmål var for dumme. For jeg skjønnte veldig lite av det som skjedde på møtene, for eksempel, og da fikk jeg mye hjelp. Det virket som at de brydde seg mer egentlig. Det virket som at de var der for oss og jobbet for oss. Med barnevernet så virket det som at de jobbet litt mot oss. (AFT ungdom)

Her trakk ungdommen frem en sammenheng mellom det å få hjelp til å forstå hva som skjer på møtet, og en opplevelse av at teamet «jobbet for oss» og ikke «mot oss». Det kan tyde på at denne ungdommen har hatt en opplevelse av at det var viktig, også for terapeuten, at hen forstod hva som skjedde i møtet, og at

det ga en form for anerkjennelse av at hens mening var viktig. Dette samsvarer med svarene foreldrene gav på spørsmålet om de fikk være med og påvirke hvordan tilbudet ble utformet.

Absolutt, de var jo veldig på meg for de var jo i den: «Du kjenner hen jo best, hva tror du ... vi har forslag ...» så det var aldri noe de gjorde uten at vi hadde snakket om det først. [...] Ja. Absolutt, og da ble man hørt og sett og godt samarbeid og dialog. (AFT forelder)

Gjennom intervjuer med både ungdom, foreldre og ansatte i AFT har vi fått et helhetlig innblikk i hvordan ungdommenes medvirkning kunne se ut i praksis. Eksempelvis intervjuet vi en familie der ungdommen relativt nylig hadde fått en diagnose, og der ett av AFT sine tilbud var psykoedukasjon både med ungdommen og den øvrige familien. Ungdommen selv hadde satt seg godt inn i hva diagnosen handlet om, og hva det, slik hen så det, ville si å leve med diagnosen. I møte med terapeuten som hadde en spesialisering innen diagnosen og hadde forberedt en presentasjon, hadde ungdommen flere innvendinger og kommentarer til det terapeuten ville vise frem. Terapeuten responderte på dette ved å drøfte ungdommens synspunkter med hen og gjøre enkelte endringer i fremstillingen av materialet. Dette gjorde, slik forelderen beskrev det, at ungdommen opplevde at hens erfaringer og kunnskap var viktig, og bidro til en opplevelse av mestring og delaktighet. Tidligere forskning om barn og unges medvirkning i barnevernet har vist at reell medvirkning gjerne skjer i de tilfeller der barn og unge blir fulgt opp tett av en eller flere faste kontaktpersoner over tid, som de har kunnet opparbeide en god relasjon til (Paulsen, 2016). Ut fra møteobservasjonene vi har gjort, og saksdokumentene vi har fått tilgang til, vet vi at det ikke er alle ungdommer AFT kommer i en tillitsposisjon til, noe som gjør at det å sikre ungdommenes medvirkning i mål og endringsarbeid også vil være en utfordring. Blant de unge vi har intervjuet, er det nettopp den gode relasjonen til terapeuten som løftes frem som sentral for å få til positiv endring, noe vi skal gå nærmere inn på i neste avsnitt.

Ungdommenes relasjon til terapeutene

Både blant ungdom og foreldre vi har intervjuet, er det særlig fleksibiliteten i form av tid og sted som AFT kan tilby, som trekkes frem som noe som har vært avgjørende både for å skape tillit til terapeutene og kontinuitet i endringsarbeidet. Ungdom som har fått tilbud om AFT, er ofte i den situasjonen at de av ulike årsaker ikke klarer å møte opp til avtalte tider med kontakter i barneverntjenesten eller med psykologen hos BUP. Dette kan føre til at det kan gå lang tid mellom hver gang de får mulighet til å snakke om det de har behov for hjelp og støtte til. Og som vi har nevnt tidligere, kan manglende oppmøte hos BUP i verste fall lede til at de blir skrevet ut av systemet. For mange er det derfor vesentlig at AFT fortsetter å følge opp og finne nye tidspunkter for å møtes og vise at de er der for ungdommene.

Jeg tror det er fleksibiliteten, jeg tror det er det som har vært avgjørende her. Fordi, har hen ikke vært i form til å møte, så har det vært stor takhøyde. «Ja, men da finner vi en annen dag.» Og så kanskje det passer bedre en dag. Så det er den fleksibiliteten som var avgjørende i starten.

Det at AFT viser stor fleksibilitet med tanke på å tilpasse møtepunktene i forhold til ungdommenes behov, har ifølge flere vært viktig for å i det hele tatt skape en relasjon, få tro på at tiltaket kan føre til endring, og en opplevelse av at de har fått den hjelpen de trengte. Dette handlet ikke bare om tidspunktene for møtene, men i stor grad om at møtene kunne skje utenfor kontoret. Flere av ungdommene beskrev at det å gjøre aktiviteter sammen med terapeuten, var avgjørende for å skape en tillitsfull relasjon. En ungdom, som i utgangspunktet hadde vært skeptisk til AFT, beskrev det slik:

Jeg tenker at AFT er noe som er fint å ha imellom. For om du ikke klarer å komme deg til BUP, så kan de komme hjem. Det er lettere å prate der jeg er trygg, som hjemme, eller finne på aktiviteter, enn å komme på et kontor. At de bygget litt connection ved å gjøre ting sammen. Det bygger en helt annen relasjon. (AFT ungdom)

En annen ungdom trakk også frem det at aktivitetene foregikk andre steder enn på et kontor og var varierte og gøy, som en positiv erfaring med AFT.

Det var jo akkurat sånn det var, egentlig. Vi møttes jo ute [...]. Vi var masse ute og på [stedsnavn]. Det var ganske gøy. Vi gjorde aldri det samme to ganger. Terapeuten sa at vi alltid måtte prøve noe nytt. Selv om jeg sa at jeg var kresen på hva jeg gjorde, så sa terapeuten at vi skulle teste nye ting. (AFT ungdom)

En del av utfordringsbildet til mange av ungdommene vi har snakket med, handlet om at de hadde få arenaer der de følte seg trygge, og der de hadde opplevd mestring. For en del som har hatt vanskeligheter med å komme seg på skolen, hadde dette også hatt konsekvenser for andre sosiale arenaer fordi vennerettverkene ble mindre og færre. Noen ungdommer som tidligere i barndommen har vært aktive, både med å være ute i naturen, trene og være sammen med venner, har kanskje i løpet av ungdomsårene, og som en konsekvens av nedsatt psykisk helse, trukket seg mer tilbake og holdt seg borte fra aktiviteter og sosiale arenaer. Både ungdommene selv og deres foreldre har beskrevet hvordan AFT har brukt mye tid på å få ungdommene med ut på aktiviteter som de selv har vist interesse for, som har bidratt til å bygge opp en positiv selvfølelse og opplevd mestring.

[...] da var det det med å opprette kontakt med barnet, og der var vi heldige å få en som ... Det skal sies med [navn på barnet] i alle år, hen er veldig glad i aktiviteter. Veldig glad i natur, så alle sånne typer tiltak har funket veldig bra. [...] Så alt det har hjulpet litt med å få hen opp og ut, for det har vært en liten sånn gulrot i hodet hans. Og sakte, men sikkert opprettet en kontakt der. Og

da hen ene vi hadde på [AFT] var veldig glad i å utfordre ... sykling og, ja, og litt sånn båttur og alt dette, så det var jo [navn på barnet] med på. Og da så vi igjen at hen blomstret jo opp. Hen var jo langt nede, men [terapeuten] fikk hen litt opp og ut og bygget seg opp igjen og fikk litt mestringsfølelse. (AFT forelder)

Slik denne foreldereren sa, var det nettopp det at terapeutene hos AFT var flinke til å kartlegge ungdommenes interesser og bygge videre på disse, som ble beskrevet som å bidra til at ungdommene ville være sammen med terapeutene. En annen forelder fortalte hvordan terapeuten var god til å finne aktiviteter ungdommen hens likte, og dermed også fikk til en god relasjon, noe foreldereren anså som en viktig forskjell fra andre tiltak familien hadde hatt tidligere.

Hva som gjør forskjellen? Forskjellen er det at [navn barn] har noen som hen er trygg på, og [navn terapeut] har vært helt fantastisk i å gå inn og lage en connection med hen. Ja, bygge opp tilliten. Og terapeuten har tatt hen med på ting som er morsomt. Hen gamer, hen [navn terapeut] er tydelig interessert i gaming, hen elsker å kjøre gokart. Så hen har klart å fange opp [navn barn] på ting som [navn barn] ofte har interesse av, og så merker at det at [navn terapeut] er genuint interessert. (AFT forelder)

Her trakk foreldereren frem at tilliten som ble skapt mellom terapeuten og ungdommen, også hang sammen med en form for genuin interesse som terapeuten hadde vist for den aktiviteten de gjorde sammen. Det å skape en relasjon gjennom interesser synes å være viktig, men også det at terapeutene bruker mye tid sammen med ungdommene og bygger opp denne tilliten over tid, er sentralt. En annen ungdom fortalte at nettopp fordi hen hadde gjort så mye sammen med terapeutene, så stolte hen veldig på dem, og hen kunne derfor fortelle dem «alt».

Jeg fortalte dem alt. Fra kjærlighetslivet og hvordan det går på skolen, og alt. Sist gang jeg møtte terapeuten, så spurte hen om kjæresten min, og det syntes jeg var så gøy. De kjente jo alle, for jeg hadde jo fortalt dem om alle. (AFT ungdom)

Som beskrevet over er noe av målet med aktivitetene å bidra til å utvide ungdommenes positive sosiale nettverk. Flere av ungdommene vi har intervjuet, fortalte at de har gjort aktiviteter sammen med venner på initiativ fra AFT. En av ungdommene fortalte hvorfor hen anså det som viktig å involvere venner i aktiviteter sammen med terapeuten.

Jeg har jo tatt med venner og søsken og funnet på ting sammen med dem. Jeg fikk introdusert dem [venner og søsken og AFT-terapeuten] til hverandre. Det var viktig fordi begge parter var store deler av livet mitt da. Så da tenkte jeg at da kunne vi ha felles aktivitet med også noen som jeg kjenner utenfor hjemmet. (AFT ungdom)

Man kan tenke seg at slike aktiviteter der ungdommen får ha med venner og søsken, kan gjøre at ungdommens relasjon til disse styrkes, som igjen kan ha god virkning på ungdommen. En annen ungdom som fortalte at hen hadde mistet kontakt med vennene sine fordi hen hadde vært mye borte fra skolen, fortalte hvordan terapeuten hjalp hen med å ta kontakt med vennene for å finne på noe sammen.

De tok noen ganger, ikke alltid, men de tok oss med ut på ting med vennene minne. Inviterte med meg og vennene mine, så vi gjorde noe. For jeg sleit litt med ... de hjalp meg med at vi kunne henge sammen. (AFT ungdom)

Samtidig som aktiviteter og tid var noe av det ungdommene og foreldrene trakk frem som faktorer som gjorde at de hadde opplevd å få hjelp til det ungdommene strevde med, kan tiden også fremstå som knapp. For noen av ungdommene handlet dette om at de ønsket seg mer tid per gang de møtte terapeuten.

[D]e kunne hatt litt mer tid hver gang, til å henge med de. For jeg syntes det var veldig gøy å henge med de, så jeg ville heller hatt det litt lenger [...] Å ha lengre tid, tror jeg. Ikke generelt, men sånn der dagtider, når vi skal henge sammen på tider. Jeg husker ikke hvor lenge det var, men jeg tror jeg syntes det var litt kort [...] På en måte at vi kunne gjøre mer ting. Sånn å dra på lengre turer eller dra på andre steder. (AFT ungdom)

Et helhetlig tiltak for familien

Som tidligere beskrevet er AFT organisert slik at ungdom og foreldre har en kontaktperson hver, der ungdomsansvarlig følger opp og har ansvar for endringsarbeidet med ungdommen, og foreldreansvarlig jobber med foreldrestøtte og har det overordnede ansvaret for de felles familiesamtalene. I tillegg følger den skoleansvarlige opp både skolen og ungdommen, noe vi vil komme tilbake til i underkapittelet om helhetlig koordinering. En av ungdommene som ga oss en overordnet beskrivelse av AFT, sa det slik:

Det var [navn på terapeut] som jeg var mest med. Så gikk vi turer i skogen eller gikk i byen og bare heng sammen. Og så var det [navn på terapeut] som var skoleansvarlig. Og så var jeg med hen en gang i uken, kanskje, og snakka om skole og hvordan det gikk der, og såne ting. Og så var det en som het [navn på terapeut] som var mer for foreldre, og så var jeg på møter noen ganger og snakket med dem. (AFT ungdom)

Det at AFT tilbyr både separat og felles oppfølging av familien som helhet, er noe som blir trukket frem som svært positivt av familiene vi har intervjuet. Dette er noe foreldre beskrev som forskjellig fra andre tiltak ungdommen deres har mottatt. Foreldrene beskrev hvor viktig det har vært for dem at de som foreldre også har fått støtte, selv om det er ungdommen deres som har fått tiltak og/eller diagnose.

For min del så ... at jeg følte at vi hadde mere støtte. Det var den største endringen for meg. Liksom at hele ... jeg følte at de hørte på, ikke bare det [navn på barnet] hadde å si, men også det jeg hadde å si. Og så er det klart at i en familie ... altså de problemene og den situasjonen [navn på barnet] er i, så gjelder ikke det bare barnet, det gjelder jo hele familien. (AFT forelder)

Det at foreldrene trakk frem viktigheten av at de også blir hørt, er et gjennomgående funn og beskrives som en avgjørende forskjell fra andre tilbud fra helsetjenesten, som eksempelvis BUP. Selv om vi vet at BUP kan tilby familiesamtaler, så vil BUPs involvering av foreldrene kunne stoppe dersom ungdommen (over 16 år) selv ikke ønsker at foreldrene skal ha innsyn i deres sak, slik helseloven skisserer (Syse, 2017). For foreldrene vi har snakket med, har foreldrestøtten i AFT vært sentral for at de har kunnet følge opp barna sine på en bedre og mindre konfliktfylt måte. Samtidig ser vi at ikke alle ungdommene var like positive. Noen sa at de følte at AFT hørte mer på foreldrene deres enn på dem. Samtidig kan funnene våre tyde på at det at AFT tilbyr egen hjelp til foreldrene, atskilt fra barna, være ekstra viktig i de tilfellene der ungdommen selv ikke har vært interessert i å motta hjelp fra AFT.

De snakket med oss alle, tror jeg. [Barnet vårt] var ikke så interessert. Hen syntes jo det var vanskelig. Fikk vel litt ... altså tanken var jo liksom noen samtaler med [barnet]. Og så var det familiesamtaler. Og så var det jo veiledning for foreldre. Så de dekket jo et ganske stort behov for oss til å ha noen å diskutere med. (AFT forelder)

En annen forelder trakk også frem hvorfor det hadde vært viktig for hen at det var en egen terapeut som ivaretok og hjalp dem som foreldre med å bearbeide den vanskelige situasjonen som familien hadde vært i over lang tid.

Så det tror jeg, det er noen du tør å åpne deg for. Du er kjempelei deg og kjempesint og prøver å vise liksom litt egentlig hva det gjør med en familie, da. Ja, det var viktig. (AFT forelder)

Som vi var inne på i de ansattes beskrivelser av hvordan ungdomsansvarlig og familieansvarlig jobber sammen om familiene, så kan det se ut til å være hensiktsmessig at ungdom og foreldre kan snakke med hver sin terapeut. Terapeutene har hjulpet til med å forklare hvorfor konflikter oppstår, og bidratt til at foreldre og barn kan få økt forståelse for hverandres ståsted. Flere ungdommer fortalte at de satte pris på at foreldrene også hadde en terapeut de kunne snakke med, fordi da kunne de «snakke av seg» til terapeuten i stedet for å snakke om problemene sine til dem.

Det synes jeg er en veldig fin løsning. Fordi da hadde vi begge parter noen å snakke med når det ble konflikt. Og da kunne de [foreldrene] snakke med noen slik at de ikke legger alle problemene sine på meg, så kunne de snakke med noen andre. Og i stedet for at alt foregikk i ett hus, så gikk det hver sin

vei, på en måte. Mamma hadde den følelsen av at ingen hørte på henne. Så hen hadde mye hjelp av det. (AFT ungdom)

I tillegg til å fremheve at både de selv og ungdommen deres fikk et eget tilbud, trakk foreldre frem at AFT ga et tilbud til søsken der det var behov og ønskelig. Dette bidro til at foreldrene opplevde at hele familien ble ivaretatt.

Og det skal også nevnes, som også er forskjell til alle de andre [tiltakene] ... søsknene. For de led. Hen har småsøsken og hen, og jeg ser jo fortsatt at vi er litt sånn ødelagt familie. Og de var veldig på å ha søskensamtale med ... og at de ble hørt. (AFT forelder)

Videre trakk nesten samtlige foreldre frem det «å ha noen å sparre med» som viktig for dem, og som de har fått gjennom AFT. Dette var noe som hadde trygget dem i det å kommunisere med barnet og håndtere ulike situasjoner og reaksjonsmønstre. Foreldre fortalte om viktigheten av at AFT var tilgjengelige for å gi foreldrestøtte også utenfor kontortid. Her trakk de særlig frem at AFT hadde mulighet til å svare på telefon eller møte opp på kort varsel dersom det var situasjoner som opplevdes som akutt for familiene.

Men det som vi som foreldre hadde, var jo en akutt-telefon vi alltid kunne ringe. Og i den perioden tror jeg jeg var på telefonen med [navn på terapeuten] flere ganger om dagen, bare for å stå i stresset [...] AFT kunne være mer tilgjengelige i situasjoner når vi trengte å snakke med noen. De [AFT] kunne tilpasse ... i forhold til, ja, både på telefon, vi kunne komme dit, og de kunne også komme hjem på relativt kort varsel. [...] da du står der og barnet ditt henger ut av vinduet, så er det litt vanskelig å booke time på BUP hvor du da får beskjed om at du må bare vente på en tid. (AFT forelder)

Å bli veiledet gjennom krevende situasjoner med barnet gjorde at foreldre kunne føle seg trygge på at de ville nå frem til noen som kjente dem og deres situasjon. Dette ble fremhevet som en styrke ved AFT og bidro til at foreldrene opplevde at de ble ivaretatt som familie. Flere foreldre trakk også frem hvordan AFT indirekte veiledet dem i situasjoner med barna gjennom å gi positive tilbakemeldinger på det barna gjorde.

Og så var de veldig flinke til å rose barnet mitt når hen faktisk, for eksempel sa ting som hadde vært litt dumt og vondt, så var det liksom, «åh, tusen takk for at du ville dele. Det satte vi pris på. Det betydde mye». Så der var de kjempeflinke. Der ble jeg veldig imponert, faktisk. Da fikk hen en litt større boost til å faktisk kunne si mer. (AFT forelder)

Denne positive tilnærmingen bidro til å skape tillit og tro på at tiltaket kunne virke, og ga samtidig forelderen innblikk i hvordan hen selv kunne snakke med barnet sitt på en konstruktiv måte.

Jeg prøver det jeg og at «oi, det visste jeg ikke. Det var fint at du ville fortelle meg, tusen takk». Nå begynner vi å få en litt annen dialog. (AFT forelder)

Flere foreldre med ungdom som hadde fått en diagnose, trakk frem betydningen av foreldrestøtten og veiledningen de fikk spesifikt om deres barns diagnose og hvordan de kunne håndtere ulike situasjoner som kunne oppstå, på en best mulig måte.

Så jeg fikk en god veiledning der som, jeg fikk en sånn time i uken jeg fikk snakke med en. Litt den der hvordan skal jeg ta frem og hvordan i låste situasjoner, hva skal jeg følge, hva hjelper, hva hjelper ikke. Litt den at jeg også skulle få en forståelse for denne diagnosen. (AFT forelder)

Foreldrene kan dermed få hjelp til å håndtere hverdagen og de utfordringene de opplever som foreldre til ungdom med diagnoser. Både foreldrene og ungdommene vi har snakket med, opplevde det som positivt at de hadde hver sin terapeut å forholde seg til.

Betydningen av helhetlig koordinering

Flere foreldre trakk frem det at AFT tar rollen som bindeledd og koordinator mellom flere deler av familiens liv, som viktig for dem. Som vi beskrev innledningsvis til denne delen om familienes erfaringer, har mange foreldre over lang tid strevd med å finne tiltak som kan hjelpe barna deres, men få av tilbudene har omfattet det å både støtte ungdom og foreldre og samtidig koordinere med andre instanser, som skole og/eller PHUB. AFT oppleves derfor av de familiene vi har snakket med, som et mer helhetlig tilbud der familiene kan forholde seg til noen få terapeuter som likevel hjelper dem på flere viktige områder.

Først så hadde vi sånne familieveiledere gjennom barnevernet, de var vel ansatte i barnevernet. Og det gjorde veldig mye, men de kunne ikke gjøre nok. Jeg skjønnte liksom aldri akkurat hva det var de kunne bidra med, og sånt noe. Så selv om det hjalp en del, så hjalp det jo ikke nok. AFT, de hjelper på mange flere områder. De hjelper jo til, altså, med å etablere skolebiten, og de er mer knutepunkt, da. De kan hjelpe til å koordinere også. (AFT forelder)

Ofte var et av hovedmålene i løpet av tiden med AFT å få ungdommen tilbake til skolen, med mest mulig ordinær skoledeltagelse med fysisk tilstedeværelse. En ungdom fortalte hvordan AFT hadde hjulpet til med å søke om å få på plass et skolebytte.

Det funka ikke så bra med skolen, liksom. Jeg syntes ikke det var så veldig gøy å gå på skolen da, så de fant jo en annen skole [navn på skole] som de hjalp meg å finne, da. Så da funka det mye bedre. Det var før [...] så sånn sett funka det bra. (AFT ungdom)

For denne ungdommen var hjelp til å bytte skole noe som gjorde at hen hadde en opplevelse av at AFT hadde hjulpet hen. Måten AFT har organisert seg på med en egen skoleansvarlig, synes hovedsakelig å bli sett på som positivt. En

forelder fremhevet AFTs hjelp med å håndtere samarbeidet med skolen og snakke «deres sak».

Jeg har hatt en del problem med skolen, at de på en måte ikke har villet høre på [barnets navn]. Og når jeg sa at hen ikke har klart å sitte, altså i klasserommet når hen først var på skolen. Og da liksom bli satt i klasserom alene uten en skoleansatt og da forvente at et barn med hens diagnoser og [...] skal kunne klare å sitte der alene og gjøre skolearbeid [...] Så da har jeg snakket med AFT som har sagt [til skolen] at nei, det kan dere ikke gjøre. Så de har på en måte vært der og har vært mitt utropstegn på en måte, da. Det var de som poengterte at det jeg sa og det jeg forventer, det er noe som er verdt å høre på. (AFT forelder)

Hovedinntrykket er at særlig foreldrene opplevde det som en lettelse at den skoleansvarlige gikk inn og tok over hovedkommunikasjonen med skolen og fortalte skolen hva ungdommen trengte, og/eller bidro med å søke om skolebytte. Samtidig ga en forelder tilbakemelding om at hen opplevde at skolen og AFT stilte for få krav til ungdommen, og at tilretteleggingen som ble tilbudt, bidro til at ungdommen ikke trengte å møte opp på skolen i tide, noe hen var bekymret for.

Jeg synes hen kunne tatt seg mere tid til å forhøre seg med, prate med barnet mitt, først og fremst. Liksom, hva som var galt, hva hen kunne hjelpe hen med for å tilrettelegge, ikke bare legge til rette slik at hen ikke trengte å komme på skolen fra morgenen av. [...] Så, ja. Jeg skulle ønske at de hadde mere, eller at de hadde et tettere samarbeid med oss begge to. (AFT forelder)

Denne foreldereren ga uttrykk for at kommunikasjonen mellom AFT, skolen og hen som forelder hadde vært for dårlig, og at hen opplevde at avgjørelser hadde blitt tatt om ungdommens skolegang som hen ikke hadde vært delaktig i. Foreldereren ser i dette tilfellet ut til å mene at ungdommens underliggende problemer med skolen ikke har blitt tilfredsstillende tatt tak i.

Samtidig beskrev flere av ungdommene vi snakket med, hvordan møter med instanser som skole og barnevern og PHBU ble lettere dersom noen de stolte på fra AFT, deltok i møtene sammen med dem, slik at de fikk hjelp til å få frem sine egne synspunkter og behov.

Det var mye enklere med møtene med barnevernet og skolen når AFT var med. Det var en av de største tingene, at jeg fikk hjelp til å få frem det jeg ville si på møter. Når de kom inn i bildet, gjorde de det for meg. Jeg var ikke så flink til å si hva jeg trengte. Jeg pleide bare å sitte der og ikke si noe. Det var litt humor i møtene når de var med. Det var ikke like seriøst når de var der, det var noe å se frem til når de var der. De var mer et hyggelig ansikt og noen som var kjent. (AFT ungdom)

Her ser vi hvordan terapeutens relasjon til ungdommen får virkninger inn i møter der ungdommen ellers kan være mer ukomfortabel.

I tillegg til å bistå med å koordinere mellom ulike instanser og være en støtte for familiene i å få til tilrettelegging på viktige områder i deres liv fortalte noen av familiene at AFT hadde bidratt med å ta i bruk eller utvide ungdommenes sosiale nettverk. Som vi skrev om i delkapittelet om ungdommenes relasjon til terapeuten, hadde flere av ungdommene problematikk rundt det å være utenfor huset og det å være sammen med andre. Det at ungdomsansvarlig da arrangerte aktiviteter og la til rette for at ungdommen kunne invitere med seg venner, ble av de det gjaldt, beskrevet som viktig for å kunne ta opp igjen kontakten med venner. På spørsmålet om AFT hjalp dem med å finne og komme i gang med fritidsaktiviteter, svarte en del at dette var av mindre betydning for dem. Andre som hadde uttrykt ønske om hjelp til dette, hadde fått hjelp ved at AFT hadde kontaktet et lag eller en forening.

Det har, de har selvfølgelig hjulpet, prøvd å hjelpe der hvor barnet mitt har hatt interesse, der har de prøvd å bidra litt sånn, altså jeg har lyst til å begynne med fotball, for eksempel, så har de kanskje tatt, prøvd og tatt kontakt med den klubben om at de har faktisk ikke penger til å betale for å gå der, men her er det en mulighet for at hen hvert fall kan prøve, og kanskje vi kan søke noen andre instanser om tilskudd eller, de var åpne for sånne løsninger. Der var AFT flinke, synes jeg. (AFT forelder)

Mål, mestring og opplevd utbytte av tiltaket

I modellen som er utgangspunktet for arbeidet i AFT, beskrives det som sentralt å sette mål sammen med deltagerne. At ungdommene får være med og bestemme hva hen ønsker å oppnå med tiltaket, anses som svært betydningsfullt for å få til endring.

Det er få av ungdommene som husker at de har hatt konkrete mål de har jobbet med underveis i tiltaket, bortsett fra det overordnede målet om å komme tilbake til skolen, noe som har vært sentralt for de aller fleste av dem som har deltatt i studien. At få av ungdommene husker konkrete mål som ble satt i løpet av tiltaket, kan ha flere årsaker. For det første er det flere av deltagerne i studien som hadde avsluttet tiltaket en god stund før, og det kan være vanskelig å huske detaljer fra tiden de var i tiltaket. I noen tilfeller har det vært vanskelig for disse ungdommene å skille mellom AFT og andre tiltak som de har hatt. For andre har tiden da de var med i tiltaket, vært en spesielt vanskelig tid i livet deres, noe som har bidratt til at de har glemt mye. De to kartleggingsrapportene vi har hatt tilgang til, viste at det var en utfordring å få tett nok kontakt med ungdommene til at de kunne medvirke til å sette mål for sitt eget utviklingsarbeid, selv om dette har vært intensjonen fra AFT sin side. Av evalueringsrapportene tolker vi det slik at det å snakke om og justere målene i samråd med ungdommene er noe som gjøres ved flere tidspunkter underveis i tiltaks-

prosessen, men av intervjuene kan vi få inntrykk av at dette ikke alltid er noe ungdommene oppfatter som en del av endringsarbeidet.

De fleste ungdommene vi intervjuet, kunne fortelle om hva AFT bidro med, for eksempel med tanke på å få dem tilbake på skolen. Blant ungdommene som har deltatt i denne evalueringen, har alle det har vært relevant for, fått hjelp til å komme tilbake til skolen. Noen har gått fra å vegre seg for skolen totalt til å være tilbake på skolen fulltid, mens andre fortsatt jobber med å komme stegvis tilbake, ved at de har fått tilrettelegging slik at de kan følge undervisningen digitalt hjemmefra og være på skolen alt fra noen timer til noen dager i uken. Noen fortalte at de har hatt behov for og fått hjelp med transporten til og fra skolen, mens andre fortalte hvordan terapeuten har vært med hver gang hen hadde teamsmøter med skolen. En ungdom svarte følgende på spørsmålet om hen og skolekontakten hadde satt noen mål for hva de skulle gjøre:

Ja ... jeg gikk ikke på skole i det hele tatt ... så vi begynte med små goals ... jeg husker ikke helt. Men det var liksom at jeg skulle øke til flere og flere dager da, på skolen. Opptil to, tre ganger i uken, fra bare én gang, og såne ting. Det er det jeg husker. (AFT ungdom)

Ungdommene som hadde avsluttet tiltaket, kunne fortelle hva de syntes at tiltaket hadde bidratt med. En ungdom fortalte at selv om hen ikke hadde sett verdien av tiltaket under tiden da AFT hadde vært inne i familien, kunne hen i ettertid se at det hadde vært nyttig for familien som helhet, særlig fordi foreldrene fikk den støtten de trengte, noe som gjorde at relasjonene i familien ble forbedret. En annen ungdom fortalte at aktivitetene hen hadde gjort sammen med terapeuten, og den hjelpen hen hadde fått av skoleansvarlig, hadde ført til en betydelig bedre hverdag.

Jeg synes jeg har fått det mye bedre. [...] Først og fremst livsstil og egentlig alt, da. Jeg har begynt å gå på skole og sånn, lærer nye ting. Fått flere venner, møter nye folk, og sånt, ja. (AFT ungdom)

På spørsmålet om hen har fått større forståelse for sin egen situasjon og seg selv etter å ha hatt AFT, svarte en ungdom slik:

Ikke helt sånn. Men jeg har en bedre måte å se ting på. Jeg finner noe bra i alt, egentlig. Om det var noe negativt med skolen, så sa de alltid noe positivt om det, du skal snart på videregående og slik. En ting de sa som jeg husker veldig godt: at jeg på en måte skulle ta en pause når jeg ble veldig sint, og det hjelper faktisk.

Flere av ungdommene fortalte også at relasjonen til foreldrene har blitt bedre som følge av å ha AFT, selv om de ikke husker dette som et konkret fastsatt mål underveis.

Samtidig så var de ganske greie, de var veldig vennlige. Og det ble mindre konflikter, og de hjalp mamma. Så, ja, jeg føler at det er en forskjell nå fra første gang jeg hadde AFT. (AFT ungdom)

Å bedre relasjonen mellom ungdom og foreldre er også et mål som er nevnt i de fleste rapportene vi har fått oversendt fra AFT. I avsnittet om «et helhetlig tiltak for familien» så vi hvordan foreldrene fremhevet at veiledningen fra AFT gjorde at foreldrene opplevde å håndtere situasjoner med barna sine bedre. Når samspillet mellom foreldre og barn går bedre, kan man anta at også relasjonen mellom dem bedres. En forelder fortalte om hvordan foreldrestøtten hen hadde fått, hadde bidratt til at både hen og barnet hadde fått forståelse for en negativ dynamikk i familierelasjonen som de hadde fått hjelp til å endre.

Altså, vi har blitt, begge to har blitt flinkere på grensesetting. Det er spesielt [navn på barnet], hen er veldig flink til å ta på seg veldig mye ansvar, og det skal hen ikke ha, og det er en del ting som jeg ikke så på eller innså at var å legge ansvar på hen. (AFT forelder)

Når det gjaldt kommunikasjonen med ungdommene og det å håndtere mulige konfliktsituasjoner, var det flere av foreldrene som fortalte at de gjennom veiledningen fra AFT hadde fått «nye redskaper» i rollen som forelder for sitt barn, som igjen hadde gitt økt mestring og opplevelse av at tiltaket fører til bedring.

[S]å hen [terapeuten] har gitt meg veldig mange gode redskaper både for å ... hvordan jeg skal si ting, eller hvordan jeg skal tenke i forhold til å møte hen. Sånn at det hen har veiledet meg på, det er at når jeg har ringt og sagt «[navn barn] har gjort noen ting nå», så har hen sagt «ja, men prøvde du å stille spørsmålet sånn» eller «kunne du tenke sånn» eller, og gitt meg helt konkrete tips til hvordan jeg skal si ting, hvordan jeg kanskje kan vri det. Så det har vært kjempefint. (AFT forelder)

Sammenlagt ser det ut til at både ungdom og foreldre vi har intervjuet, har følt seg ivare tatt av terapeutene, og at gode relasjoner, aktiviteter og samarbeid med andre instanser, spesielt skole, har bidratt til at ungdommene opplevde større grad av mestring. Både ungdom og foreldre synes å ha fått noen redskaper til å håndtere motgang i hverdagen.

Kritiske overganger og avslutning

Samtidig som AFT ble beskrevet som veldig fleksibelt og innholdet ble tilpasset etter familienes behov, opplevde flere av foreldrene tidsrammen for tiltaket som relativt stram. På samme måte som de ansatte beskrev, kunne dette henge sammen med når tiltaket ble satt i gang.

[...] når vi begynte, så hadde vi en 6 måneders ramme. Mens vi var innunder AFT, så ble det forlenget til 9 måneder. Vi startet jo opp i juni, så var det ferie i juli og august. Så vi mistet jo på en måte 2 måneder. Vi følte vel på en måte

at, igjen så ble ting satt litt på hold. Og da ble det litt sånn, ja hva var vitsen med det, for da var vi begge to klare for å prøve å gjøre en jobb, både jeg og barnet mitt. Og når du plutselig får det brekket, da så blir du litt demotivert. (AFT forelder)

Denne forelderen pekte på at selve faseinndelingen i tiltaket kunne oppleves som stram, selv om de kunne være med på å forme innholdet i hver fase. En annen forelder opplevde også tidsrammen som stressende ved oppstart.

Jeg tenker vel kanskje at det [lengden på tiltaket] bør være litt individuelt. Og kanskje litt sånn man bør ... for det kjente jeg på at var stressende. Å vite at dette er bare så og så lang tid. For det var veldig tydelig når vi kom inn. (AFT forelder)

Dette var en forelder som til tross for at hen satt igjen med en opplevelse av å ha fått de redskapene de som foreldre trengte for å håndtere den krevende situasjonen de var i, opplevde det som stressende å vite at tiltaket bare ville vare en viss periode og ikke så lenge familien hadde behov for støtte. Samtidig som familien opplevde at tiltaket hjalp dem, var det altså en viss uro rundt hva som ville skje når AFT skulle trekke seg ut.

Det blir en veldig stressfaktor, fordi du vet at du har en veldig god relasjon til noen som faktisk kan hjelpe deg. Og så vet du at «okay, du har tre måneder igjen, og så er personen borte, hva gjør du da?» Da står jeg der alene igjen. (AFT forelder)

Det samme påpekte en av ungdommene:

Jeg husker at jeg syntes det var litt kort. Fordi jeg syntes det var veldig gøy å være med hen [navn på terapeut].

Intervjuer: Ikke sant, det har jo mye med det at man bruker tid sammen og ...

Ja ... blir kjent og sånt. [...] For meg ville jeg heller at det hadde vart litt lenger, tror jeg. (AFT ungdom)

I tiden før AFT avsluttes, er det etter modellen en generaliseringsfase og en ettervernfase som er ment som nedtrapping og avslutning av tiltaket. Generaliseringsfasen varer i 8 uker, hvor tiltakene er mindre hyppige, og det er tenkt at familiene skal ta i bruk ressurser og hjelpesystemer i deres eget nettverk og lokalmiljø. Deretter følger ettervernsfasen som varer i 4 uker, hvor tiltakene er få, men kan innebære noen treff og/eller telefonsamtaler med ungdommen og foreldrene.

Det at terapeutene i AFT kommer i posisjon og får en god relasjon til ungdommene, er, slik familiene beskrev det, en av de viktigste grunnene til at tiltaket bidrar til bedring i ungdommenes livssituasjon. Samtidig kan dette gjøre overgangen til at familiene skal klare å håndtere tilværelsen på egen hånd,

sårbar fordi både ungdommene og familiene som helhet ofte kan bli knyttet til terapeutene. I intervjumaterialet ser vi at både foreldre og ungdom som oftest har blitt veldig knyttet til sine terapeuter og synes avslutningen er vanskelig. Enkelte av ungdommene fortalte at avslutningen kunne være litt trist.

Altså, det var trist, da, men det er litt som ... ikke alt er for alltid. Så ... jeg hadde forventet ... jeg visste jo at det ikke var for alltid, men jeg bare ... det var litt brå slutt. (AFT ungdom)

En av ungdommene fortalte at det hadde vært snakk om et avslutningsmøte, men at dette ikke hadde blitt noe av. Dette gjorde at hen ikke hadde fått sagt ordentlig «ha det» til alle terapeutene i teamet, og hen opplevde på samme måte som ungdommen i sitatet over avslutningen som «litt brå».

Vi skulle hatt et avslutningsmøte, men det ble aldri noe av. Jeg fikk ikke sagt ha det til alle engang. Men det var sikkert fordi barnevernet ikke hadde tid, eller noe. Men jeg så [terapeuten] en siste gang, og da fikk jeg en bamse og en bok til gave.

Intervjuer: Så det er kanskje noe jeg kan ta med videre, at det er viktig å passe på at de avslutningsmøtene blir noe av?

Jeg hadde likt å få si ha det til alle sammen. (AFT ungdom)

En forelder uttrykte et savn etter noen å sparre med etter at tiltaket var slutt, ettersom utfordringene rundt ungdommens diagnose ikke avsluttes selv om tiltaket avsluttes.

Nei, bare det å, ja, det, kanskje man savner litt, det er det, noen å sparre med, rett og slett. For det er jo fortsatt, for det er jo det jeg har innsett, at hens utfordringer er jo noe man har ut livet, så her, man må jo følge opp mer enn type vanlige barn som klarer seg selv etter 20+ år eller, nå vet ikke jeg hvordan [navn ungdommen] blir. Det kan godt sies at etter 25 år så klarer hen seg veldig bra. Men man nå, der må man jo være litt ekstra med, og det er jo, det er i hvert fall veldig, har vært veldig fint å ha noen å sparre med, som vet hva man går gjennom. (AFT forelder)

Blant ungdommene vi intervjuet, var det tre som fortsatt fikk oppfølging av barnevernet da vi snakket med dem, og etter at AFT var avsluttet. To av disse hadde etter samråd med barneverntjenesten, AFT og foreldrene flyttet til institusjon. Slik vi forstod familiene, hadde denne avgjørelsen blitt tatt etter at de hadde fått hjelp fra AFT over en lengre periode (opp mot normert tid), og der de sammen med AFT hadde sett at dette i en periode ville være det beste for ungdommen og foreldrene. Både ungdom og foreldre beskrev at overgangen til å flytte til institusjon hadde blitt underlettet av støtten de fikk fra AFT. Foreldrene uttrykte likevel at de kunne hatt behov for mer støtte i den nærmeste tiden etter at ungdommen deres hadde flyttet.

Evalueringsrapportene vi har hatt tilgang til, ga også inntrykk av at ungdommene og familiene hadde hatt behov for videre oppfølging på flere områder. I denne studien har vi ikke hatt mulighet til å undersøke hvordan barnevernet faktisk fulgte opp de vurderingene og anbefalingene AFT hadde kommet med i sine rapporter. En av ungdommene vi intervjuet, fortalte at hen ikke hadde hatt noe kontakt med barnevernet etter AFT.

Ungdom: Av barnevernet? Nei, jeg ble ringt en gang for en uke siden fordi saken hadde blitt avsluttet, som om jeg ikke hadde skjönt det etter så mange måneder. Jeg tror ikke jeg hadde noe kontakt med barnevernet etter at AFT ble ferdig.

Intervjuer: Synes du det var dumt?

Ungdom: Jeg syntes det var like greit, egentlig. Jeg fikk ikke så mye hjelp av barnevernet. Det var mange ganger jeg spurte om hjelp med forskjellige ting, men de hørte veldig lite på det jeg sa.

Vi har ingen ytterligere innsikt i denne saken utover det ungdommen fortalte, men det vi kan forstå, er at ungdommen ikke hadde opplevd å få noen oppfølging eller forklaring på hva som skulle skje etter at AFT var avsluttet eller barnevernet ville avslutte saken.

Samarbeidspartners erfaringer med AFT

Som vi har sett tidligere i kapittelet, var skole og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) sentrale samarbeidspartnere for AFT. I denne delen tar vi for oss AFTs samarbeid med andre instanser, sett fra samarbeidspartners ståsted. Vi har snakket med til sammen tre ansatte fra helsetjenesten og to skoleansatte. Ved tiltakets oppstart innhentet AFT samtykke fra ungdom og foreldre til at informasjon fra de ulike instansene kunne deles med dem.

Kompetanse og tett oppfølging er betydningsfullt for godt samarbeid

Informantene fra PHBU trakk spesielt frem den faglige kompetansen teamet besitter, med psykologer og miljøterapeuter, som betydningsfullt for at samarbeidet med AFT fungerte godt.

Og det at det er en faglighet ved det, noen av mine kolleger der [AFT] er også psykologer. Det er både miljøterapeut og psykologer, det er helt essensielt. Det er en faglig tyngde rundt det. (PHBU-ansatt 1)

Informanten forklarte videre at det at AFT har psykologer tilgjengelige for ungdommen og familien, gjorde at tiltaket skilte seg positivt ut fra institusjonsplassering, fordi ungdom ikke er sikret tilgang til psykolog på institusjonene, noe vi vil drøfte ytterligere senere i rapporten. I likhet med dette fortalte en annen PHBU-ansatt at AFT var viktig i samarbeidet om pasienter, og da særlig som informasjonskilde og faglig drøftingspartner.

AFT var viktig diagnostisk informasjon for oss, hvordan de opplever hen, og hvordan hen svarer på tiltak og ikke. Så de var viktige informasjonskilder. Og så var det dette som vi tenkte var behandling, at hen begynte å komme ut i aktivitet og snu døgnnet og sånt. Så det har vært tett og god kontakt, og vi hadde en ganske lik forståelse, tror jeg. Det var nyttig å sitte og drøfte med dem, hva de så, fordi de hadde tilgang på informasjon vi ikke hadde. (PHBU-ansatt 2)

Den ansatte fortalte videre at hen og ansatte i AFT hadde sammenfallende forståelser av utfordringene til ungdommen: «Vi var veldig på nett med dem både i forståelse og tilnærming, absolutt, og de var lette å forholde seg til og kommunisere med.» At dialogen var tett, og at AFT var lett tilgjengelige på telefonen, var også noe den ansatte trakk frem. Til sammen bidro dette til viktig informasjonsdeling og til at samarbeid om oppfølging av ungdommen fungerte godt. AFT ga også praktisk hjelp til ungdommen med å fysisk komme til spesialisthelsetjenesten for behandling, noe den ansatte mente var helt avgjørende for at ungdommen klarte å møte opp fysisk.

En annen fortalte om hvordan hens arbeidsplass BUP kartlegger og setter diagnoser, men at de ikke har mulighet til å følge opp familien utenom fastsatte timer i samme utstrekning som AFT. I saker der hen samarbeidet med AFT, vektla informanten at AFT kan følge opp det som blir satt som mål og oppdaget som utfordringer, sammen med familien som helhet. Informanten opplevde at AFT hjalp familien med å forstå hva diagnosene og utfordringene handlet om, og at de hjalp ungdommen med å trene på ferdigheter i det vanlige hverdagslivet – noe BUP ikke hadde samme mulighet til å gjøre. Informanten trakk frem dette som en godt fungerende rollefordeling og så en tydelig forbedring av ungdommens og familiens situasjon fra før de fikk hjelp av AFT.

Informantene fra skole vektla også hvordan teamets kompetanse og kunnskap om hvordan skolehverdagen ser ut, skaper tillit til at samarbeidet blir godt, og til at eleven blir ivaretatt på en god måte.

De [AFT] har forstått skole på en annen måte enn mange andre instanser som er inne hos oss. Det er et ordentlig samarbeid. Vi har hele tiden hatt en dialog og en diskusjon på hva som er nyttig for denne eleven. (Skoleansatt 4)

Det at AFT har en egen spesialpedagog som er ansvarlig for kontakten med skolen, opplevdes som noe som viste at AFT la stor vekt på skolesituasjonen i oppfølgingen av ungdommen. «Å forstå skole» handlet også om å forstå hvilke ressurser skolen hadde til rådighet, som en av de skoleansatte sa.

Jeg tror det er veldig alfa-omega at de forstår skole. Vi må forstå hva slags ressurser vi har tilgjengelig. Hvem som kan gjøre hva. Det er jo en ressursbruk. Den ene eleven vi hadde før, som fikk hjelp av AFT, hen brukte like mye ressurser som en hel klasse. Ressursene må omrokeres, og det må være nyttig for eleven. Og da må man forstå skole, og man må forstå alt det andre.

I de komplekse sakene må man se det fra flere perspektiv, ha en forståelse fra ulike perspektiver og ikke kun sitt eget perspektiv. (Skoleansatt 4)

En av de skoleansatte beskrev at profesjonaliteten til teamet og måten de kommuniserte både med skolen og foreldrene på, gjorde at hen opplevde at skolen fikk den støtten og «pushet» de trengte for å kunne hjelpe eleven det var snakk om.

Jeg hadde aldri samarbeidet med et sånt team før. Vi har en del elever som har langtidsfravær. Barnevernet tok kontakt med oss. Som sosialskoleansatt gikk jeg på det første møtet med AFT og møtte teamet første gang da. Jeg ble positivt overrasket over teamet. De er klare, tydelige og flinke, spesielt med samarbeidet og kommunikasjonen med foreldrene til eleven. Vi trengte å få et spark bak av dem, vi på skolen, for å klare å hjelpe dem. Og det fikk vi av AFT. Jeg synes de har vært veldig gode og profesjonelle. (Skoleansatt 3)

Videre trakk denne skoleansatte særlig frem den tette oppfølgingen de får fra AFT, både fordi de tar ansvar for organiseringen av samarbeidet, og på grunn av den faglige veiledningen, som her ble beskrevet som sentral for at skolen skal kunne hjelpe eleven.

De [AFT] er flinke på å invitere oss og seg selv til møter. Organisere møter. En to-tre personer fra teamet kommer hit [til skolen] og som jobber med eleven. Vi har en god opplevelse med dem. De prøver hele tiden å tilrettelegge for eleven. [...] Jeg tror ikke det hadde fungert så godt om vi ikke hadde hatt det teamet til å veilede oss [...] Jeg har fått gjort en god jobb fordi de har informert og involvert meg om hva de tenker, og hva de tenker er lurt for meg å gjøre. (Skoleansatt 3)

De skoleansatte opplevde å få god og profesjonell veiledning fra AFT og fortalte at det var avgjørende å få denne veiledningen hyppig. Dette handlet altså om at de selv opplevde å bli bedre til å legge til rette for en positiv endring i elevens skolehverdag. De positive erfaringene informantene fra skole og helse hadde hatt med AFT, handlet om å bli møtt av faglig kompetente yrkeskollegaer i form av psykologer, spesialpedagog og miljøterapeuter og den hyppige dialogen dem imellom. Det å bli møtt med forståelse og å «snakke samme språk» bidro dermed til et godt samarbeid sett fra samarbeidspartneres side.

Det praktiske systemiske arbeidet fyller et hull i tjenesteapparatet

Informantene fra skole og helse pekte også på at styrken ved AFT var at teamet gikk inn i «hele familiens liv» og kunne tilby praktisk og konkret tilrettelegging og hjelp, noe som lettet instansenes arbeid med ungdommen. En av informantene fortalte at AFT kunne følge opp det som blir satt som mål av BUP, sammen med familien og utenfor oppsatte timer og kontortid. Slik hen beskrev det, kunne BUP kartlegge og sette diagnoser, mens AFT hadde mulighet til å følge opp familien utenom oppsatte timer på kontoret. En annen PHBU-ansatt trakk frem

at AFT var gode til å få kontakt med ungdommen, finne aktiviteter ungdommen likte, og dermed komme i posisjon til å drive endringsarbeid.

Det var veldig bra det AFT gjorde. De var gode til å få kontakt med ungdommen, og de klarte å få hen i gang med en del aktiviteter [...] det var på en måte en liten game changer, for dette var en ungdom som hadde snudd døgnnet helt, ikke gjorde noen ting. Men jeg tror også at AFT fikk det til så lenge de var der. [...] når de fysisk ikke var der og var i aktivitet, så ramlet det litt tilbake til null igjen, ja. (PHBU-ansatt 2)

Informanten påpekte hvordan aktiviseringen den ungdomsansvarlige gjorde sammen med ungdommen, var avgjørende for å få til endring. Ungdommen det var snakk om her, kom også i gang igjen med skole etter en tid når døgnrytmen kom mer på plass. Samtidig pekte informanten på at familien «ramlet tilbake til null igjen» da AFT var ute av bildet. Dette kan handle om lengden på tiltaket: at varig endring tar tid, eller at avslutningen ikke hadde vært godt nok forankret hos familien og barneverntjenesten, slik at oppfølgingen av ungdommen ble ivare tatt også etter at AFT trakk seg ut.

Også de skoleansatte pekte på hvordan AFT gjennom den systemiske og helhetlige tilnærmingen til ungdommen kunne fylle et rom som verken skolen eller familien selv har kapasitet til å fylle.

Det er så bra at de [AFT] har kontakt med eleven, med oss, med foreldrene hjemme osv. At de har oversikt over alt, da. Det hjelper veldig. Vi forstod at det var noe med skolen som gjorde at [barnet] ikke ville snakke om det hen slet med. Og da hjalp teamet [AFT] med å få snakket om hva som var utfordringene til ungdommen. Vi [skolen] kom ikke helt gjennom hos hen, men med teamets hjelp så klarte både eleven og foreldrene hens å uttrykke seg bedre til oss. (Skoleansatt 4)

Det informanten pekte på her, var at de ansatte i AFT hadde mulighet til å jobbe med ungdommen på flere arenaer enn det skolen hadde, og på den måten kunne komme tettere på ungdommen og få en forståelse for hva det var som var problematisk i skolehverdagen. Selv om skole–hjem-samarbeid er en vanlig del av skolens praksis, er det ikke alltid slik at skolen har kapasitet til å fange opp familier med ekstra utfordringer. I tillegg kan det være slik at familiene ikke stoler på at skolen vil kunne hjelpe dem, dersom det er uløste situasjoner på skolen som er årsaken til at ungdommen ikke klarer å være der. En skoleansatt beskrev AFT som et viktig bindeledd mellom skole og hjem i situasjoner der familien av ulike årsaker ikke hadde snakket med skolen om de utfordringene ungdommen og/eller familien opplevde.

AFT hjalp til med å unngå en del misforståelser som kunne ha oppstått mellom foreldrene og oss, så samarbeidet mellom skolen og foreldrene ble bedre. Det er noen ganger så vanskelige ting for familiene at det blir vanskelig å snakke med skolen om det. Det er ikke alle foreldrene som i utgangspunktet

synes det er så lett å snakke med skolen heller, er ikke alle som har verktøyene til å uttrykke seg så godt. (Skoleansatt 4)

Det praktiske systemiske arbeidet de ansatte i AFT gjorde i familien og på familiens og ungdommens viktige arenaer, var noe de ansatte i skole og PHBU vektla som positivt for et godt samarbeid, og som avgjørende for å få til en positiv endring. AFT kunne avdekke og følge opp diagnoser, trene på utfordringer i hverdagslivet, veilede foreldre og ungdommen, finne aktiviteter som ungdommen likte og ble motivert av, og ikke minst hjelpe til med å vekke ungdommen for få hen på skolen der det var nødvendig. Dette fremstod som viktige brikker for å få til endringer som bedret ungdommens fungering og hverdagsliv.

Et alternativ til institusjon?

Informantene fra helsetjenestene så det som positivt at AFT var forankret hos barnevernet, fordi det sikret at foreldrene var involvert i endringsarbeidet med ungdommen. Dette er til forskjell fra helsevesenet der ungdom over 16 år selv kan velge om de vil involvere foreldrene eller ikke (Syse, 2017). I helsevesenet må familiene selv oppsøke hjelpen, og ungdommen må klare å møte opp til faste tider på et kontor. En av informantene løftet frem at for mange av familiene var det ikke egentlig nødvendig å flytte ungdommen til institusjon dersom foreldrene fikk nok støtte til å hjelpe hen mens hen bodde hjemme. Når familien hadde AFT, kom teamet hjem til dem og forsøkte igjen og igjen å komme i kontakt med ungdommen, og møtepunktene var hyppige.

Det er ofte det disse pasientene og ungdommene trenger, at vi kommer ofte. Det er også et poeng her. Det skal være hyppig kontakt, og alltid mange møtepunkter, for da nærmer det seg en institusjon. Det er viktig for foreldrene også. Det kommer noen, det blir nesten som en kontrollør på en måte. Og for en del av ungdommene er det det som er viktig for dem. Mange foreldre er bare redde. Kommer datteren eller sønnen min til å ta livet sitt? Det er jo fint å møte opp et par ganger gjerne, i en uke. Ikke bare overlatt til seg selv og ungdommen [...] (PHBU-ansatt 1)

Hyppigheten, de gjentatte besøkene hjemme hos familien og hjelp til både foreldre og ungdommen gjør at de ansatte i psykisk helsevern erfarte at AFT var et betydningsfullt tiltak for disse familiene, ungdom så vel som foreldre. En annen informant pekte på at nettopp det å få den praktiske, konkrete hjelpen inn i familien, var viktig ikke bare for ungdommen, men også for foreldrene.

Mor fikk ikke opp den ungdommen. Men hun kunne vite at klokka halv ti så kom de fra AFT. Og det betydde så mye for moren, og det betydde så mye for ungdommen. For hen klarte ikke å stå opp, og moren fikk hen ikke opp. Men når AFT kom, så stod hen i alle fall opp til halv ti, da. (PHBU-ansatt 2)

De intervjuede samarbeidspartnerne fortalte at de kunne se tydelig forbedring i ungdommenes fungering, som de mente hang sammen med at AFT bidro med praktisk hjelp, både til foreldrene og ungdommene, med blant annet å snu døgnnet og komme på skolen igjen. Det at det var en faglig tyngde bak disse konkrete tiltakene, og at det var noen med faglig kunnskap som snakket med ungdommene om hva som skjedde når de ikke kom seg opp om morgenen, og andre utfordringer, pekte samarbeidspartnerne på som viktig.

En av de PHBU-ansatte trakk frem hvor viktig det var at endringsarbeidet foregikk sammen med en miljøterapeut i vanlige hverdagssituasjoner og på ulike arenaer i samfunnet. Det at ungdommen fikk tilgang både til psykolog og miljøterapeut hvor det faglige arbeidet ble fulgt opp i samtaler og ved hjelp av trening, gjorde at AFT kunne nå inn til ungdommene på en annen måte.

Det nytter ikke alltid å ta dem til BUP [...] så er ikke det det samme som at den personen eller de personene, være med på en telttur, sitte og prate, bli kjent, prøve å nå inn og møte de ungdommene der. Det er det samme vi prøver å gjøre på institusjoner, men dette blir en kombinasjon mellom å bo hjemme, men også få miljøterapi [...] For det tror jeg gjør nytte for en del av de ungdommene, som ikke har så mye annet. Så det faglige der er veldig viktig, du kan nå inn på en annen måte. Og det hever også kvaliteten på AFT-teamet, at det er både psykologer, men også miljøterapeuter. (PHBU-ansatt 1)

Ifølge denne informanten var det kombinasjonen mellom det faglige psykologiske arbeidet og det miljøterapeutiske arbeidet som hadde ført til en positiv endring for ungdommen. Informanten mente at det at AFT kunne tilby faglig forankret oppfølging av både barn og foreldre hjemme, fylte et rom mellom det å bo hjemme og det å bo på institusjon. Ifølge informanten var ikke alltid ungdommene som bodde på institusjon, sikret tilgang til psykisk helsehjelp. Informantene fra helsesektoren beskrev samarbeidet med AFT som særlig verdifullt fordi AFT hadde mulighet til å følge deltagerne tett og på andre tider av døgnet enn de tidene da BUP var åpne og tilgjengelige, mellom 8 og 16. Denne beskrivelsen samsvarte godt med det foreldre vi har intervjuet, fortalte, der de store utfordringene ikke hadde vært selve omsorgssituasjonen, men at barnet deres hadde vært såpass sykt at de hadde trengt tett oppfølging fra fagfolk som hadde erfaring med det å håndtere sykdomsforløpet.

Oppsummerende refleksjoner om AFT

Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse (AFT) fremstår som godt faglig forankret i en systemisk og familieterapeutisk forståelsesramme. Den systemiske endringsmodellen (vedlegg 1, SEM-A) er utarbeidet på bakgrunn av innhentet kunnskap om hvilke behov og mangler både familier, interesseorganisasjoner og fagfolk så i tjenesteapparatet, og den er utarbeidet i samhandling med hele kollegiet. Det har vært gjort et godt arbeid i kollegiet

med å samles rundt den faglige modellen, og kollegiet er omforente om hvordan de skal jobbe systemisk og familieterapeutisk opp mot familiene. AFT fremstår som en arbeidsplass med et sterkt kollegialt fellesskap. Likevel er dette et krevende og tidvis ensomt arbeid, og selv om de ansatte beskrev teammøter og fellesmøter som viktige steder der de kan diskutere saker, kan det være behov for mer individuell oppfølging av den enkelte ansatte. I tillegg foreslo de ansatte at de kunne følge hverandre enkelte ganger, for å lære av hverandre i faktiske situasjoner. Dette ble nevnt som særlig viktig for nyansatte.

Familiene vi har intervjuet, var i stor grad fornøyde med AFT. De aller fleste hadde opplevd å få det bedre, og de vektla at AFT hadde jobbet på en måte som hadde gjort at de hadde følt seg «sett og hørt som hele mennesker» og fått hjelp til det de hadde hatt behov for. Ungdommene trakk særlig frem det at miljøterapeutene gjorde aktiviteter sammen med dem, som viktig for at de klarte å snakke om problemene sine og trene på ulike ferdigheter. Det at AFT var fleksible og tilpasset seg familienes behov med tanke på hvor og når de kunne møte dem, ble beskrevet som en suksessfaktor. Ungdommene mestret skole bedre med hjelpen fra AFT, både foreldre og barn hadde fått en større forståelse av eventuelle diagnoser og de problemene de hadde opplevd, og de opplevde å mestre hverdagen og samspillet seg imellom bedre. Både foreldre og ungdom løftet frem det å ha hver sin terapeut som sentralt. Ungdommene opplevde blant annet lettelse fordi foreldrene hadde noen å snakke med som de kunne ventilere problemer med uten at de selv var involvert. Dette ble også beskrevet som en styrke av de ansatte, fordi samarbeidet mellom familieansvarlig og ungdomsansvarlig gjorde at de kunne «spille hverandre gode» og få til endring i hele familiesystemet.

Foreldrene opplevde stor lettelse ved at AFT tok over koordineringen og samarbeidet med de ulike instansene, og opplevde at dette gjorde at situasjonen deres ble tatt på alvor. Selv om ikke alle brukte vakttelefonen til enhver tid, beskrev foreldrene det som en stor trygghet at de visste at de hadde noen de kunne ringe som kunne hjelpe dem dersom det oppstod en akuttsituasjon. Foreldrene beskrev at de hadde ønsket at det hadde vært andre måter å få AFT på enn via barnevernet, og at de hadde hatt behov for denne formen for hjelp tidligere i barnets sykdomsforløp. Familiene pekte også på noen områder til forbedring rundt selve tiltaket. Dette handler om tiden i tiltaket, både selve lengden på tiltaket som de fleste skulle ønske varte lenger, og at faseinndelingen av tiltaket virket stressende. For flere slutter ikke behovet om hjelp selv om tiltaket avsluttes, og det var et ønske om at kontakten med AFT kunne gjenopptas når det oppstod særlig krevende perioder for ungdommen. Avslutningen og overgangen til å være uten AFT ble også pekt på som noe vanskelig, da både foreldre og ungdom ofte ble knyttet til terapeutene.

Samarbeidspartnerne fra PHBU og skole beskrev samarbeidet med AFT som viktig for at ungdommene skal få den støtten de trenger. De trakk frem at det at de ble møtt med faglighet og et felles språk, gjorde at samarbeidet fungerte

godt. Informantene fra skole trakk frem at de fikk til mer overfor elevene det gjaldt, når AFT var inne, fordi AFT både støttet dem og bidro til å motivere familiene. Informantene fra PHBU opplevde at det ble en god arbeidsfordeling der de som helseinstans snakket med ungdommen og kunne sette diagnoser, mens AFT var viktige for å jobbe med ferdighetstrening i hverdagssituasjoner, noe ikke helsetjenesten hadde samme kapasitet til. De beskrev AFT som et tiltak som dekket et hull mellom institusjonsplassering og å bo hjemme.

Slik det kommer frem gjennom dette kapittelet, jobber AFT med utgangspunkt i ungdommen og den/de foreldre og søsken som ungdommen bor sammen med, og eventuelt andre betydningsfulle personer i ungdommens liv, jamfør en familiesystemisk forståelse (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Her foregår det et endringsarbeid både direkte med ungdommen og med foreldrene, for at de enkeltvis skal få det bedre, og for at foreldre og ungdommen skal få en bedre relasjon og samspill. Vi kan også skjelne tre forskjellige samarbeidsmåter med de ulike instansene ungdommen og familiene har et forhold til. Når det gjelder skole, vil vi beskrive det som at AFT jobber med *endringsarbeid* i samarbeid med skolene, der de både veileder og er pådrivere for at skolen skal legge til rette for eleven. I samarbeidet med PHBU *bistår* AFT og kompletterer det arbeidet som gjøres, for eksempel hos BUP, hvor de bidrar med å støtte ungdommen i å trene på ferdigheter i hverdagssammenheng. Når det gjelder fritid, kan AFT bidra med å *tilrettelegge* for at ungdommen kan delta på fritidsaktiviteter og skape eller opprettholde vennenettverk. AFT fremstår derfor som å jobbe godt med alle systemene rundt barnet, slik det beskrives i Bronfenbrenners modell (2005). Oppsummert kan vi si at det er samspillet innad og mellom mikro- og mesosystemet AFT hovedsakelig arbeider med. Dette arbeidet ser ut til å gjøres på en slik måte at familien opplevde å være delaktige i å definere sine egne utfordringer og behov, og vi ser en grunnleggende respekt for at familien selv er «eksperter» på sine egne liv, jamfør en familieterapeutisk forståelsesramme.

5 Arenafleksibelt behandlingsteam ABT

I dette kapittelet presenterer vi funn fra evalueringen av arenafleksibelt behandlingsteam (heretter ABT). I første del av kapittelet presenterer vi den interne organiseringen basert på dokumenter fra og intervjuer med de ansatte i ABT. I andre del presenterer vi hvordan terapeutene jobber systemisk med familiene og samarbeidspartnerne, basert på intervjuer og observasjon med ansatte i ABT og intervjuer med ansatte i skole og politi. I tredje del presenterer vi erfaringene til de fem ungdommene og syv foreldrene vi har intervjuet, som enten ved intervjutidspunktet eller tidligere hadde fått hjelp av ABT.

Fremvekst, intern organisering og målgruppe

ABT ble etablert høsten 2020 og hadde sine første saker våren 2021. I likhet med AFT hadde ledelsen i ABT erfaring med å jobbe på behandlingsinstitusjon for ungdom og var sentral i arbeidet med å koordinere utviklingen av tiltaket. ABT var derimot aldri en del av eller fysisk samlokalisert med institusjonen den vokste ut av, altså Adamstuen ungdomsinstitusjon. Tiltaket ble likevel kalt arenafleksibelt ungdoms- og familieteam – Adamstuen (AFT-A) og endret først navn til arenafleksibelt behandlingsteam i 2023. Samme år utviklet og igangsatte ABT i samarbeid med Utdanningsetaten og Bydel Gamle Oslo et barneteam som en del av tiltaket. Bakgrunnen var erkjennelsen av at ungdommene de hadde hjulpet de første årene, hadde hatt de samme problemene i flere år, altså siden de var små barn.

En av grunnene til at barneteamet ble opprettet, var at man så at utfordringene startet allerede i barnehagen og i overgangen til skole, og at det har vært vanskelig med skolesamarbeid hele veien. (ABT terapeut)

Fra høsten 2023 bestod ABT av et samlokalisert barneteam for barn i alderen 5 til 11 år og et ungdomsteam for ungdommer i alderen 12 til 18 (og opp til 25) år. Selv om barneteamet kun hadde rukket å ha noen få saker da denne evalueringen pågikk, pekte flere på fordelene med å jobbe med yngre barn.

Jeg synes det er flott at vi får begynne med de som er 5–6 år, som får til å ta veldig mye godhet fra systemet. Det går an å bruke lek, og det går an å nå dem. På en helt annen måte enn om man bare er 8, 9, 10, 11, 12 [år], så er verden veldig mye større og vanskeligere. (ABT terapeut)

Opprettelsen av barneteam gjenspeiler en intensjon om at ABT skal jobbe med forebygging av kriminalitet både på et universelt nivå, altså før eventuelle lovbrudd er begått, og på et indikativt nivå. Det er også en indikasjon på at skolesamarbeidet er sentralt for arenafleksibelt arbeid, noe vi kommer tilbake til.

Nåværende organisering og ressursmessige rammer

ABT består av en tverrfaglig gruppe hvor de fleste er psykologer eller psykologspesialister, men enkelte er familieterapeuter og barnevernspedagoger med etterutdanning. Per juni 2024 bestod teamet av ni terapeuter i fast 100 prosent stilling, to vikarer i 100 prosent stilling og en toårig prosjektstilling i 100 prosent. To av terapeutene hadde delte stillinger med henholdsvis Ungdomsakutten og Ringen akuttinstitusjon for ungdom. I tillegg hadde teamet en avdelingsleder, en assisterende avdelingsleder og en fagpsykolog (i store deler av 2024 bestod ledergruppen av avdelingsleder, en fagpsykolog og en ansatt med delt stilling som fagpsykolog og terapeut).

For budsjettåret 2024 hadde ABT estimert kapasitet for 22 saker om gangen. Hver terapeut kunne ha hovedansvar for opptil tre saker om gangen, samtidig som de kunne være koterapeut(-er) i opptil tre andre saker om gangen. Teamet brukte cirka 11 timer i uken per familie, anslagsvis fordelt på 9 timer per hovedterapeut og 2 timer per koterapeut, men det var ikke formalisert hva koterapeuten skulle ha ansvar for. Ifølge en av terapeutene var det en «uskreven regel om at man kun bruker toeren hvis det er strengt nødvendig». Dette var også vårt overordnede inntrykk. Koterapeuten deltok på tre og et halvt av de åtte møtene i enkeltsaker vi observerte, mens ingen av familiene vi har intervjuet, fortalte at de hadde hatt kontakt med to terapeuter samtidig.

Til sammen fikk terapeutene kompensert for 8 timer etter kl. 17 i uken. I tillegg inngikk terapeutene i turnus hvor de bemannet én av to vakttelefoner ca. hver femte uke, dag- og kveldstid og helg hel dag. Mellom 23.00 og 08.00 ble vakttelefon for ungdomsteamet bemannet av Østmarka ungdomstiltak, mens vakttelefon for barneteam ble bemannet av Aline- og Frydenberg familieavdeling mellom 22.00 og 09.00. Dette innebar at vakttelefonene i praksis ble bemannet døgnet rundt hele året. Terapeutene fortalte at de tidligere hadde brukt barnevernvakten for hjelp til vurdering i akutte situasjoner, mens de nå brukte sine egne to vakttelefoner for umiddelbar hjelp og støtte.

Tiltakets varighet er normert til 12 måneder, der behandlingsforløpet vanligvis består av en oppstartsfase, en kartleggings- og stabiliseringsfase (12 uker), en tiltaks- og endringsfase (4–10 måneder) og en avslutningsfase på en måned. Terapeutene møter vanligvis familiene to ganger i uken, enten hjemme hos familiene eller på ABT sitt kontor hvis familiene ønsker det, det er gjerne foreldrene som ønsker det. Terapeuten møter gjerne ungdommene ute eller der de befinner seg når de vil møtes. I tillegg møtes familiene og terapeutene i samarbeidsmøter, typisk på skolene eller hos andre involverte instanser.

I perioden hvor denne evalueringen pågikk, ble det avholdt interne behandlingsmøter i hver sak hver fjerde eller sjette uke, hvor både terapeutene, fagpsykolog og leder var til stede. Selv om teamet er delt i et barneteam og et ungdomsteam, fortalte de ansatte at de kan jobbe på tvers av teamene, hvis det for eksempel er sykemeldinger eller mye å gjøre for en terapeut, kan en fra

ungdomsteamet steppe inn i en sak som hører til barneteamet. På denne måten er teamet rimelig fleksibelt også internt.

Faglig forankring

ABT har et styringsdokument som beskriver tiltakets faglige bakgrunn, innhold, målgruppe og metodikk (Styringsdokument, 2024). I styringsdokumentet beskrives det at «ABT har en kunnskaps- og erfaringsbasert tilnærming til behandling av utadrettede vansker», hvor det kunnskapsbaserte er forankret i relevant forskning og litteratur på området, og det erfaringsbaserte er forankret i erfaring og brukerkunnskap fra de særlige utfordringene Oslo kommune møter hos målgruppen (Styringsdokument, 2024, s. 8). Erfaringen med målgruppen viser at hjelpen ofte kommer «inn for lite og for sent», og at det er særlig tre faktorer som er viktige i arbeidet med ungdommene: relasjon, fleksibilitet og kontinuitet. Dette er basert på KORUS – kompetansesenter for rusfeltet i Oslo. Fra forskning baserer styringsdokumentet seg på Folkehelseinstituttets rapport om tiltak for barn og unge med adferdsvansker som viser at psykososiale multisystemiske tiltak og især familiebaserte tiltak gir en reduksjon i antisosial adferd som trusler og lovbrudd (Berg et al., 2020).

ABT legger vekt på å ha en traumeinformert tilnærming til behandling av adferdsvansker på både individnivå, familienivå og med øvrige systemer. Traumeinformert tilnærming på individnivå innebærer at barnets utagering ses som et uttrykk for flere bakenforliggende årsaker, som belastende livshendelser og utviklingstraumer (Styringsdokument, 2024). Med familienivå menes her å ha forståelse for at familien står i en utfordrende livssituasjon preget av usikkerhet/kaos, aggresjon, trusler og/eller utøvelse av vold – som gjør noe med tilgjengelighet for læring og endring. Å tidlig få på plass stabiliserende tiltak for hele familiesystemet er sentralt, for så å kunne jobbe med endring. På systemnivå jobber ABT traumeinformert med å hjelpe systemene rundt barnet/ungdommen til å forstå de bakenforliggende og opprettholdende årsakene til deres uttrykk og adferd, gjennom blant annet psykoedukasjon og veiledning til eksempelvis skole/barnehage/AKS, miljøterapeut og politi. Den faglige forankringen er tett, men ikke eksplisitt, knyttet til Bronfenbrenners (2005) modell for kartlegging av de ulike sosialiseringsnivåene rundt barnet og identifisering av beskyttelses- og risikofaktorer i systemene.

På samme måte som systemisk familieterapi opererer ikke ABT med en manual for hvordan de skal bedrive familiebasert behandling, men er opptatt av behovet for å skreddersy og tilpasse behandlingen til den enkelte familie. Teamet har likevel en godt dokumentert «rigg» for hvordan arbeidet med familien skal gjennomføres. Dette fremkommer gjennom styringsdokumentet, ulike rutinebeskrivelser, tilbudsmaler samt de ulike kartleggingsverktøyene som beskrives i rapportene til barneverntjenesten, som vi har fått tilgang til.

Fasene i ABTs styringsdokument:

Den første fasen i ABT er **stabiliserings- og kartleggingsfasen** (10–12 uker). Her jobber ABT med levekårsutfordringer og stabiliserende arbeid ut fra familiens behov, for å frigjøre kapasitet hos foreldrene til å kunne ta imot veiledning fra ABT. Eksempler på slikt arbeid er konflikthåndteringsplaner/sikkerhetsplaner, ulike konflikthåndteringsverktøy, etablere struktur og rutiner og avtaler/husregler hjemme. Familien får veiledning i situasjoner som oppstår, og ABT er tilgjengelig for familien gjennom tett kontakt med primærterapeut og døgntilgjengelig vakttelefon.

For kartlegging av barnets/ungdommens sosioemosjonelle fungering samarbeider ABT med spesialisthelsetjenesten eller andre aktuelle aktører ved behov, for eksempel ved mistanke om diagnose. Mulige kartleggingsverktøy er ASEBA, KATES traumekartlegging eller lekeobservasjon. ASEBA (Achenbach System of Empirical Based Assessment) er et spørreskjema som brukes av spesialisthelsetjenesten. For kartlegging av barnets/ungdommens relasjonelle fungering, samt samspill og foreldrefunksjon, samarbeider ABT med skole og barnevern ved behov. Mulige kartleggingsverktøy er hjemmebesøk (kartlegging av hjemmesituasjon og hverdag), døgneklokke, familiesamtale, nettverkskartlegging, samspillobservasjon og foreldreintervju om indre arbeidsmodell for omsorg. Videre kartlegger ABT beskyttelses- og risikofaktorer ved å se på utviklingshistorien til barnet/ungdommen. Mulige kartleggingsverktøy er gjennomgang av barnevernsmappen, anamneseopptak (sykdomshistorikk) og innhenting av komparentopplysninger fra barnehage, helsestasjon, nettverk og levekårskartlegging. ABT kartlegger også barnets fungering i skole, der det avklares om PPT allerede er inne i saken, eller om de bør kobles på. ABT og PPT har samtaler med skolen/ AKS om barnets/ungdommens fungering samt observerer og gjør sedvanlig utredning, for eksempel av språkforståelse og utviklingsstatus. I denne fasen avholdes det interne behandlingsmøter hver 4.–8. uke, og det utarbeides en kartleggingsrapport med behandlingsdelmål, som sendes til barnevernet etter 3 måneder.

Endringsfasen (4–8 måneder) er der hovedarbeidet for endring skjer.

I denne fasen jobber ABT parallelt med familiebasert arbeid og arbeid med instanser. Det familiebaserte arbeidet kan bestå av foreldreveiledning, familiesamtaler, individuelle samtaler/møter med barn/ungdom, leketerapeutiske intervensjoner og gruppetilbud ut fra barnets/ungdommens og familiens behov. Arbeidet med instanser forstås her som å jobbe «multisystemisk», altså at ABT koordinerer og jobber opp mot ungdommens andre viktige arenaer og instanser, som skole-/dagtilbud, fritid, helse, bydel, politi, miljøterapeut og andre aktuelle instanser. Målet med instansarbeidet er å sikre at det jobbes ut fra en felles forståelse av barnet/ungdommen, og at det jobbes mot samme mål med en klar ansvarsfordeling. Det avholdes interne

behandlingsmøter hver 4.–8. uke, og perioderapporter sendes til barneverntjenesten hver 3. måned.

I **avslutningsfasen** (1 måned) forberedes overgangen tilbake til barnevernet i bydelen. Det gjennomføres avsluttende møter med familien og samarbeidspartnere. I møte med familien legges det planer som kan tas i bruk etter at ABT er avsluttet, der det er behov for dette. I samråd med familien og barneverntjenesten samarbeider ABT med aktuelle instanser for å legge en plan for avslutningen av ABT og eventuell overføring til andre tiltak eller tjenester som vil følge opp barnet/ungdommen etter avslutning. ABT kommer med vurderinger og anbefalinger om barnets/ungdommens og familiens behov videre til barneverntjenesten i en avsluttende rapport.

Det at teamet består av psykologer, psykologspesialister, familieterapeuter og barnevernspedagoger med etterutdanning, innebærer at de samlet sett har ulike sertifiseringer innen blant annet foreldreveiling. Det vanligste er å tilby foreldreveiledningskurset Tuning into Teens (TINT) som gis til en samlet gruppe foreldre over 8 uker. Tilgjengeligheten av kurs forutsetter derfor at det er nok foreldre som er interessert og kan delta på samme tidspunkt. Det var ingen pågående kurs i perioden denne evalueringen ble gjort, men minst to av foreldrene vi har intervjuet, hadde deltatt på gruppebasert foreldreveiledning da de mottok hjelp fra ABT. Teamet kan også tilby SIBS, som er et forebyggende tiltak for søsken som pårørende, men verken terapeutene eller familiene vi har snakket med i denne studien, fortalte om erfaring med dette.

Leder- og kollegastøtte

I tillegg til den faglige forankringen fremstår leder- og kollegastøtte som en viktig del av riggen til ABT. Ifølge styringsdokumentet består saksveiledning både av intern saksveiledning i enkeltsaker, månedlig saksveiledning fra eksternt psykolog (for barneteamet) og månedlig scenariotrening, hvor det øves på situasjoner de ansatte kan komme opp i. Sistnevnte avholdes av en av de interne psykologspesialistene. I tillegg skal ledelsen ha jevnlig innsjekk med hver enkelt terapeut om arbeidsbelastning og bruk av koterapeut (Styringsdokument, 2024). På spørsmål om ressursmessige rammer svarte ledelsen at de var svært opptatt av å skape et godt arbeidsmiljø og hindre sykefravær og turnover.

Vi prøver å organisere og rigge de stabile rammene, sånn at de ansatte orker å forholde seg til alle kravene, og vi er veldig opptatt av at de ansatte ikke skal måles på suksess, men heller innsats. (ABT ledelse)

Terapeutene opplevde likeledes arbeidsmiljøet som godt og beskrev arbeidsplassen som en trygg havn hvor de kunne være sårbare og få støtte fra

kollegaene i det krevende arbeidet de ofte stod i. Enkelte syntes at dette skilte seg fra tidligere erfaringer i førstelinjetjenesten.

Jeg har en opplevelse av at fra å jobbe førstelinje barnevern, da jeg kom hit, så har jeg opplevd en helt annen forståelse av ledelsen på hva det vil si å jobbe med krevende saker og problematikk, og hva som forventes, at det forventes at du blir berørt. Det å ta på en tøff maske og tåle alt og bli mindre emosjonelt tilgjengelig, det er så belastende. Det er veldig sånn, et rom og en åpenhet for at det er bra å være sårbar, og at det er bra å vise sårbarhet, og at du blir berørt, og at det blir tematisert, og som på en måte har vært veldig støttende. (ABT terapeut)

I behandlingsmøtene vi observerte, kom den teamkulturen til syne ved at fagpsykologen ofte sa «vi» skal gjøre det og det, og «vi» må tenke på dette, når det var snakk om terapeutens arbeid og hvordan hen hadde hjulpet familien. Dette kunne bidra til å gi terapeutene følelsen av at de ikke var alene med utfordringene i sakene sine, selv om de jobbet mye alene. I et av behandlingsmøtene observerte vi at terapeutene fikk hjelp av leder og fagpsykolog til å begrense sin egen involvering i forbindelse med en forestående saksavslutning. Når terapeuten fortalte at hen hadde lyst å si til forelderen i saken at hen kunne ta kontakt etter at tiltaket var avsluttet, sa de andre at terapeuten skulle være forsiktig med å love for mye.

Det er ikke fordi vi ikke skal være fleksible, men vi er faktisk ferdig nå. Si heller at hen kan sende deg en mail om det er noe konkret. Av erfaring så vet jeg at hvis hen, eller foreldre generelt, har syntes at terapeuten i ABT har vært en god støtte, så er det lett at de bruker dere mer enn de egentlig skal, i ettertid. (ABT behandlingsmøte sak 3)

Det at foreldrene hadde gitt uttrykk for at de ønsket videre kontakt med terapeuten, samsvarer godt med det foreldrene vi har intervjuet, fortalte, som vi skal komme tilbake til. Det er samtidig en god indikasjon på at ABT opparbeider seg tillit i familien i løpet av sakens gang.

I samtlige behandlingsmøter vi har observert, spurte fagpsykologen også hvordan det gikk med terapeuten. Avdelingsleder og fagpsykolog skrøt av terapeutens innsats og hjalp hen med å se hva hen hadde fått til i en sak.

Og så må du ta med deg at gutten faktisk gidder å snakke med deg, selv om det er korte svar [...] husk at du har ikke blitt avvist. (ABT behandlingsmøte sak 1)

Du må ta til deg den tilliten du har fått med mor. Du er en forlenget arm av barnevernet, så det er ganske kult, altså! Veldig viktig for gutten! Tenk det. Veldig bra jobba å få den tilliten mellom deg og mor. (ABT behandlingsmøte sak 2)

Der har du vært kjempegod med å lage en mer stabil hverdag for gutten og familien. Du har laget rutiner for mor, slik at familien kan lage stabilitet for gutten. (ABT behandlingsmøte sak 3)

Skryt og støtte fra ledergruppen så ut til å være spesielt viktig i saker der terapeutene opplevde å ikke oppnå alle målene de har satt seg, eller få den tilgangen til familien som de ønsket, som ikke alltid var mulig gitt tiltakets målgruppe. Flere pekte på at det de kanskje burde bli flinkere på, er å koble på koterapeuten i spesielt utfordrende saker, og at dette kanskje var noe som burde formaliseres mer på ledernivå.

[...] at man hjelper begge terapeuter til å prioritere den saken. Hvis det er veldig tydelig at her burde man være to. Helt fra starten. Det tenker jeg er litt sånn arbeid som er på vei, men som gjenstår, akkurat hvordan den toerollen skal se ut, eller hvordan den skal forholde seg i de sakene. Hvor det er kjempebekymring eller motstand. (ABT terapeut)

Selv om terapeutene opplevde å ha god leder- og kollegastøtte, jobbet de mye alene med utfordrende og til tider risikofylt problematikk, og enkelte pekte på dette som en sårbarhetsfaktor for sykemeldinger og fravær.

Målgruppe og utfordringsbilde

Terapeutenes behov for kollega- og lederstøtte henger sammen med hvilken målgruppe de jobber med. På bakgrunn av våre observasjoner, tilgang til rapporter og samtaler med de ansatte og familiene så vi noen gjennomgående fellestrekk. Barnet/ungdommen hadde ofte opplevd belastende hendelser i livet, de hadde tilknytningsproblemer og følte på utenforskap blant jevnaldrende. Flere av dem som fikk hjelp av ABT, slet med å regulere følelsene sine og trengte hjelp til å styrke relasjonen til foreldrene sine. I flere tilfeller bodde barnet kun med en forelder som hadde aleneomsorg for flere barn og lite sosialt nettverk. I enkelte tilfeller hadde forelderen egne utfordringer og lav omsorgsevne. I sakene vi har observert, var det tilfeller av høyt konfliktnivå hjemme, tidligere vold i hjemmet både mot barn og andre voksne, brudd i relasjoner og bekymring for at foreldrene tidligere har vært tilknyttet et kriminelt miljø, og at barnet var tilknyttet et organisert kriminelt miljø på daværende tidspunkt. Det var også tilfeller av barn som hadde utøvd vold mot andre barn, eller som hadde hatt med seg kniv på skolen for å beskytte seg selv. Flere av ungdommene hadde ruset seg og i enkelte tilfeller skadet seg selv.

På spørsmål om hva som kjennetegner dem som får tiltaket, trakk de ansatte ofte frem barnevernshistorikken og at de som tiltak ofte kommer inn sent.

Det er noe gjennomgående i en del saker, det at det er ganske alvorlig når vi først kommer inn, og at det tar lang tid før henvisning kommer til oss. Det er vel en del saker det hadde vært tenkt at hvis vi hadde kommet inn tidligere, så hadde det vært lettere å jobbe med de ressursene vi har til gode, at det er

ganske krise og veldig tilspisset, kanskje, før henvisning faktisk kommer. Og det kanskje handler om at vi er et tungt tiltak, og at det koster for barnevern-tjenesten. Det er en del ganske store barnevernsmapper. (ABT terapeut)

Terapeutene fortalte videre at barnevernsmappene bar preg av at familiene hadde flyttet mye og derfor hatt kontakt med flere bydeler og flere skoler. I sakene der barna/ungdommene hadde fått hjelp av barnevernet eller andre instanser i en lengre periode uten at det hadde hjulpet, pekte de ansatte på at ungdommene som en konsekvens av dette kunne føle seg misforstått eller urettferdig behandlet av hjelpeapparatet.

Det er jo ungdommer som ofte identifiserer seg med all den problematiske beskrivelsen av dem, hvordan de blir møtt. Så det har vært veldig viktig for de, eller føler vi, at vi i stor grad gir lys til de andre kvalitetene og sidene [...] Ja, så de får bekreftet problemidentiteten sin hele tiden, i møte med andre. (ABT terapeut)

I vårt materiale fremstod det som at foreldrene også hadde negative erfaringer med hjelpeapparatet, og at det fantes et behov for å plukke opp igjen en tråd eller en utredning der noen andre instanser hadde sluppet taket, eller at familiene av ulike årsaker hadde mistet kontakten med hjelpeapparatet. En årsak som ble trukket frem, var at barnet eller familien ikke dukket opp til avtalt tid, og så havnet barnet mellom to stoler, det vil si typisk mellom barnevern og psykisk helsevern, som vi skal komme tilbake til. Som en illustrasjon på hvor mange tiltak familien kan ha mottatt før de får ABT, fant vi i en av kartleggingsrapportene vi har fått tilgang på, hele 14 ulike tiltak.

Familieveileder PMTO, Familieveileder COS-P (i regi av barneverntjenesten), Veiledning COS-I (BUP), PPT-utredning (barnehage + skole), Utredning og opphold hos familiesenter, Familieråd, Ansvarsgruppemøte/Samarbeidsmøte, Besøkshjem, Miljøarbeider i hjemmet, Råd og veiledning (familieveiledning), Oppfølgingssamtaler med mor, To til en/en til en-undervisning på skolen, Økonomisk bistand til assistent på AKS, Miljøarbeider/Støttekontakt. (ABT kartleggingsrapport)

En av terapeutene pekte på at en av styrkene til ABT er at de i gjennomgangen av barnevernsmappen gjennomfører en «systematisert kartlegging» som innebærer at de i utarbeidelsen av kartleggingsrapportene også sier noe om hvorfor tidligere tiltak ikke har fungert. Selv om lang barnevernshistorikk ser ut til å være et kjennetegn ved målgruppen til ABT, har vi i vårt materiale også eksempler på barn som har fått hjelp uten at mye annet har vært prøvd ut. Dette innebar at det var stor variasjon i hvor mye arbeid terapeutene må legge ned i å lese barnevernsmappene kontra selv identifisere alle utfordringene.

Arenafleksibilitet i praksis

ABT er et familie- og systembasert hjelpetiltak som tilbyr spesialisert kompetanse på kartlegging og målrettet endrings- og relasjonsarbeid med målgruppens barn, familier og involverte systemer. I et av gruppeintervjuene karakteriserte en av terpaeutene arbeidet som «en unik mulighet til å se barna og ungdommene i hele konteksten». For å få best mulig oversikt over denne konteksten startet terapeutenes arbeid med å innhente samtykke fra barn og foreldre til at teamet kan samarbeide med andre instanser.

Samtykke som medvirkningsprinsipp

For tiltak som gjelder adferdsvansker, som ABT er et eksempel på, skal barnet/ungdommen alltid regnes som part, og det må derfor foreligge samtykke fra barn/ungdom jf. barnevernsloven § 12-3. Dette er begrunnet i at vedtaket retter seg direkte mot barnet/ungdommen.

Hvis en familie har blitt henvist til ABT uten at barnet/ungdommen har samtykket til tiltaket, kan barneverntjenestene bestille en måneds intensivt motivasjonsarbeid. Hovedmålet for denne fasen er ikke å kartlegge familiesituasjonen, men relasjonsbygging og at ungdom/foresatte får eierskap og medvirkning til tiltaket. Intervensjoner ABT tar i bruk i motivasjonsarbeidet, kan være motiverende samtaler med ungdom og foresatte, psykoedukative samtaler med foreldre om ungdommenes avvisning og deres følelse av håpløshet og maktesløshet i fastlåste situasjoner samt regelmessige samtaler med foreldrene for å hjelpe dem til å få ungdommenes tillit og tro på at tiltaket kan hjelpe dem som familie. ABT ønsker med denne fasen at ungdom/foresatte skal sitte igjen med at ABT kan og ønsker å hjelpe (mal tilbudsbrief motivasjonsfase). Dersom samtykke ikke gis, avsluttes tiltaket etter en måned, og barnevernet må vurdere om annet tiltak skal settes inn, eller om det bør pålegges hjelpetiltak i familien (via nemnda). Innhentes samtykke, inngår ungdommen og familien i ABTs tiltak videre.

Når både foreldre og barn/ungdom (med eller uten motivasjonsfase) har samtykket til å motta hjelp fra ABT, ber den ansvarlige terapeuten dem om å enkeltvis samtykke til at de kan samarbeide med de ulike instansene. Selv om samtykke til tiltaket via barneverntjenesten innebærer at ABT juridisk sett kan samarbeide med andre instanser, har teamet valgt å operere med egne samtykkeskjemaer for å forsikre seg om at både barn og foreldre vet hva de har takket ja til, og for å skape en felles forståelse av formålet.

Det å ha egne samtykkeskjemaer utgjør en risiko for at vi ikke kan samarbeide med alle det vurderes som viktig å samarbeide med, men det er en risiko vi har landet på å ta. Vi har vurdert at det å ha et informert samtykke, brukermedvirkning og det å være transparente veier tyngre. (ABT ledelse)

De ansatte fortalte at de fleste familiene samtykker til tiltaket og til at terapeutene kan samarbeide med skole og helse, men det hender at barnet/

ungdommen ikke samtykker til samarbeid med alle instansene, men kun enkelte instanser. I en av sakene vi observerte, var foreldrene ifølge terapeuten positive til å få hjelp fra ABT og uttrykte et sterkt hjelpebehov, mens ungdommen selv var ambivalent og virket redd på grunn av et kriminelt miljø hen var tilknyttet til. Hen hadde samtykket til at ABT kunne samarbeide med skole, men ville ikke at ABT skulle samarbeide med barnevern (det vil si få tilgang til barnevernsmappen), politi, BUP eller miljøarbeideren på skolen. I behandlingsmøte ble det diskutert at det terapeutene kunne gjøre i denne saken, var å veilede ungdommen, foreldrene og skolen. Foreldre og skole kunne også få informasjon fra politi, som terapeuten igjen kunne få av dem. Terapeuten gikk dermed noen omveier for å få nødvendig informasjon i mangel på samtykke. I evalueringsmøte med barneverntjenesten i denne saken kom det frem at saksbehandleren hadde fått ungdommen til å samtykke til at ABT kunne samarbeide med en miljøarbeider som jobbet med familien. Dette viser verdien av jevnlig kontakt mellom tiltaket og barneverntjenesten. I siste kapittel beskriver vi denne rollefordelingen ytterligere.

Å skape en felles forståelse blant de ulike instansene

Når terapeuten gjennom samtaler med barnet, familien og barnevernet har fått oversikt over hvem det er aktuelt å samarbeide med, tar de kontakt med de ulike instansene og presenterer seg selv og sin rolle som koordinator. Koordineringen innebærer blant annet å invitere til jevnlig samarbeidsmøter med aktuelle instanser samt å avklare enkelte instansers rolle og ansvar, og ikke minst å tydeliggjøre hvem som bør delta i hvilke møter. I de sakene der det allerede er etablert ansvarsgruppemøter med for eksempel skole og barneverntjenesten, tar terapeutene over koordineringsarbeidet.

Å jobbe med ulike systemer handler, ifølge de ansatte vi har intervjuet, om å skape en «felles forståelse» av hva barnet og familien trenger, og hvem som skal ha ansvar for hva. Dette innebærer mye oppsøkende kontakt med ulike instanser og ansvarliggjøring av det såkalte «laget rundt barnet».

Foreldrene, samarbeidsinstanser, ofte sa de at de [barna] må bare stramme seg opp. Men i realiteten må systemene ta sine andeler av ansvar for det som kan gjøres [...] Det er mye usynlig systemarbeid de ansatte driver med, som ringing rundt til miljøarbeider, fritidsklubber osv., mange er involvert. (ABT ledelse)

Intensjonen med tiltaket ble beskrevet som å øke beskyttelsesfaktorene og minske risikofaktorene og ikke nødvendigvis fikse alt i løpet av tiltakets varighet på et år.

Det med om tiltaket fungerer etter intensjonen, kommer veldig an på hvem du spør, og hva intensjonen er. Vi kan ikke måle suksess ut fra familienes liv, plutselig over natten, det er ofte en kumulativ opphopning av risiko hos disse

familiene. Det vi prøver å hjelpe til med, er å øke beskyttelsesfaktorene og minske risikofaktorene, da har tiltaket hjulpet litt. (ABT ledelse)

Terapeutenes arbeid ble videre beskrevet som å reparere de utfordringene som gjorde at barnet/ungdommen utagerer, og ikke nødvendigvis «fikse» barnet. Et sentralt element ved det systemiske arbeidet slik terapeutene beskrev det, var at de jobbet på de arenaene det var behov og muligheter for å jobbe på. Det vil si at de i samråd med familien kartla hva som var viktigst å ta tak i der og da, selv om det kunne være mye som var vanskelig samtidig. Dette er en tilnærming som ligger nært opp til den familiterapeutiske om å skreddersy og tilpasse behandlingen familienes behov (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

«Usynlig» stabiliseringsarbeid i familiene

I tillegg til å ansvarliggjøre instansene rundt familien fortalte terapeutene at de jobbet mye med å forberede og motivere familien til endring. Frigjøring av kapasitet hos foreldrene er forankret i ideen om at en stabil grunnmur må på plass før man gradvis kan bygge videre. Stabiliseringsfasen begynner derfor gjerne med en anerkjennelse av at foreldrene har eller har hatt mye å stå i.

I oppstarten av sakene jobber ABT derfor med levekårsutfordringer og stabiliserende arbeid, for å frigjøre kapasitet hos foreldrene til å kunne ta imot og nyttiggjøre seg den skreddersydde veiledningen fra ABT.
(Styringsdokument, 2024)

I et av gruppeintervjuene fortalte terapeutene at flere av foreldrene de har møtt, har vært redd for å miste omsorgen for barnet sitt over en lengre periode og rett og slett var helt utslitte. Terapeutene fortalte at de var tydelige overfor familiene på at de ikke er barneverntjenesten, men at de jobber på oppdrag for og rapporterer til dem. I denne fasen handler terapeutenes arbeid i familiene om å roe ned situasjonen og skape tillit hos familiene til å få hjelp av et system som de kanskje føler har motarbeidet dem lenge, eller som de har vært skeptiske til. For noen handlet det også om at de primære behovene måtte dekkes først.

Mange familier har veldig mange mangler i hverdagslivet sitt [...] Det trengs fritidsaktiviteter, lavere leiebetalinger. Det er ikke nok å bare snakke om følelser. De som jobber her, er med på dette. De har den forståelsen. Foreldrene skal ikke være de beste foreldrene, men de skal kunne leve normalt. (ABT ledelse)

Familiene som får hjelp av ABT, bor ofte i levekårsutsatte områder, og flere bor trangt. I en av sakene vi observerte, ønsket familien å få penger til å flytte til et annet sted, slik at ungdommen kunne komme bort fra et kriminelt miljø. I en annen sak sov mor og barna sammen i stuen, og mor ønsket hjelp til bolig-situasjonen. I et av gruppeintervjuene diskuterte terapeutene hvordan all denne formen for lavpraktisk hjelp som gjøres i begynnelsen, kanskje er litt usynlig for barneverntjenesten.

1: Men noen ganger så føler jeg at jeg gjør veldig mye som jeg føler at man ikke forventer av meg. Jeg sitter og skriver masse søknader til masse legater for å få penger inn til ulike fritidsaktiviteter. Så prøver jeg å sjekke ut hvor man kan få det dekket. Og sjekker finn.no for gratis ridebukse.

2: Ja, men du strekker deg ekstremt.

1: Nei, men altså.

2: Men du gjør jo det.

1: Det gjør vi alle. [...]

3: Det handler om å hjelpe de på flere arenaer, og hvis det er den boligen, og man tenker at det er en barriere for familiesituasjonen, at man ikke har et sted man har lyst til å være, eller at det kan bli konflikt hjemme eller noe sånt, så er det på en måte terapeutisk, men det føles jo ikke ut som at det er det, på en måte. [...]

2: Du klarer ikke å tenke på terapi hvis du er redd for å miste tak over hodet. [...]

4: Og vi gjør nok mye arbeid som er usynlig, som ikke barneverntjenesten ser, og som vi kanskje er for dårlige til å få frem. (ABT terapeuter)

Utdraget viser hvordan terapeutene tolker den praktiske hjelpen de gir familiene, som noe som kanskje ikke forventes av dem, men som er en nødvendig forutsetning for å jobbe terapeutisk og kanskje en inngang til å bli kjent med og få familiens tillit. Samtalen er også et godt eksempel på hvordan de støtter hverandre i de beslutningene som gjøres.

I tillegg til praktisk hjelp og tillitsbygging kan stabiliseringsfasen innebære at terapeutene må ansvarliggjøre foreldrene og deres rolle i å hjelpe barnet med de utfordringene det har. Foreldrene forventes blant annet å delta i utformingen av hvilke mål som skal oppnås i løpet av behandlingen. I et av behandlingsmøtene vi observerte, ble det diskutert hvordan terapeuten skulle forholde seg til at foreldrene avlyste møtene med ABT og alle forslag som terapeuten kom med.

Foreldrene må være med på en endring, de må anerkjenne at de må gjøre ting annerledes, slik at de møter ungdommen bedre. Hen [ungdommen] strever med mye, og hen burde egentlig få en behandling på BUP. Det er ting som ikke er anerkjent, hvor mye hen har inni seg, og hvor mye hen strever med. (ABT behandlingsmøte sak 1)

Ansvarliggjøring av foreldrene kunne også handle om at familiene i lengre tid hadde operert med en annen oppfatning enn det som er den formelle oppfatningen i Norge av hva det vil si å være barn, og hva som forventes av

foreldrerollen. Flere av terapeutene fortalte om barn som hadde fikset de praktiske gjøremålene i familien, fordi foreldrene ikke orket eller kunne (på grunn av språklige barrierer) gjøre ting selv.

Det kan være mye rollereverserte forventninger i familiesystemet [...] Og da blir det noe med asymmetrien i den relasjonen som gjør at når barna er der [at de gjør voksenting], så blir det rart kanskje at mamma skal bestemme innetider og andre ting. (ABT terapeut)

I forlengelsen av stabiliseringsfasen fremstod det som at terapeutene jobbet mye med etablering av faste rutiner i familien for å skape forutsigbarhet for barnet/ungdommen. I flere av sakene vi observerte, jobbet terapeutene med å lage time-, dag- eller ukeplaner inkludert leggetid og kveldsrutiner som det å lese bok sammen og sørge for å få nok søvn. I enkelte saker ble det utarbeidet en konflikthåndteringsplan, og terapeuten hjalp foresatte med å øve på å bruke vakttelefonen slik at de kunne få hjelp til å roe ned barnet/ungdommen selv, hvis det skulle oppstå et behov for det. Terapeutene fortalte at de også jobbet med selvivaretagelse hos foresatte, deres kapasitet til å gi omsorg og det å tilpasse seg barnets behov.

Terapeutenes kontakt med barnet og eventuelle søsken

Når det gjaldt terapeutenes kontakt med barnet/ungdommen, ser det i vårt materiale ut til å variere noe fra jevnlig kontakt til innimellom eller ingen kontakt. I alle behandlingsmøtene vi har deltatt på, diskuterte terapeutene med ledelsen hvordan relasjonen til barnet/ungdommen hadde utartet, og om de klarte å få kontakt. Dette indikerer at dette er noe terapeuten strever med å få til i løpet av saksgangen. Flere av terapeutene fortalte om kreative måter å møte ungdommene på, som å ta en kjøretur eller dra på McDonalds. De opplevde også at ungdommene avlyste eller ønsket å endre tid og sted, og at de ressursmessige rammene for å jobbe arenafleksibelt gjorde det mulig for terapeutene å møte ungdommen der de ønsket, og når det passet for dem.

Vi viser vilje til å strekke oss for ungdommen kanskje særlig, da, «ok, men du kan ikke i dag, kan du i morgen, jeg kan på onsdag», og som oftest leder til et møte, som kanskje ikke ville vært tilfelle hvis det hadde vært sånn, «kan kun tirsdag denne uken, eller så blir det om to uker». (ABT terapeut)

I sakene der terapeutene ikke klarte å bygge opp en tett relasjon til barna/ungdommene, kunne de hvis barnet/ungdommen hadde samtykket til det, få nødvendig informasjon fra andre voksenpersoner som var tett på.

Noen ungdommer snakker litt. Noen snakker mye. Og en del vil ikke se snurten av oss. Så det er litt forskjellig om vi får noe informasjon fra ungdommen. Og vi kan alltid få informasjon fra ungdommen via en person de er tett på. (ABT terapeut)

I flere av sakene vi har fått kjennskap til, hadde barnet/ungdommen allerede en god relasjon til en miljøterapeut, en kontakt på BUP, en helsesykepleier, en skoleansatt eller andre ressurspersoner. En av terapeutene pekte på at søsken over 18 år også kan være en slik ressursperson. Som et familiebasert behandlingstilbud er det naturlig at søsken inngår eller blir inkludert i behandlingen. I en av familiene vi har intervjuet, hadde terapeuten snakket med et søsken et par ganger. I en annen familie ga ungdommen uttrykk for at hen ønsket at terapeutene skulle snakke med søsken om hvordan de opplevde alt som skjedde i familien. I disse sakene var det snakk om yngre søsken som pårørende til ungdommer som ruset seg. En av terapeutene fortalte at teamet jobber med å få på plass en søskengruppe. Utover dette var ikke søskenveiledning et sentralt tema i vårt materiale.

I tillegg til veiledning som pårørende og ressursperson kan søsken, og kanskje spesielt yngre søsken, selv ha behov for hjelp. Terapeutene fortalte at de ofte opplevde at barnets/ungdommens søsken også burde hatt noen form for hjelp og støtte, og at de enkelte ganger sendte bekymringsmelding til barneverntjenesten. Ettersom søskenhjelp formelt sett ikke inngår i hjelpen som ABT gir familien, er det opp til barneverntjenesten å vurdere hvilket tiltak søsknene eventuelt kan få tilbud om på selvstendig grunnlag.

Utfordringer og løsninger i skolen

Det fremstår ut fra vårt samlede materiale som at skolen alltid er en relevant samarbeidspartner, det vil si at samtlige av barna/ungdommene som fikk hjelp av ABT, hadde mye skolefravær.

Jeg tror ikke jeg vet om noen barn hvor det har vært helt bra på skolen. De har som regel slitt på skolen, gjennom hele barneskolen. Og er det ikke faglig, så er det sosialt. (ABT terapeut)

I så å si alle sakene vi har fått kjennskap til, hadde terapeuten laget en plan, sammen med familien, for hvordan barnet/ungdommen kunne få ned skolefraværet, for eksempel ved å ha faste dager på skolen, til faste tider. I slike saker kunne måloppnåelse være at ungdommene fulgte den oppsatte planen, og at skolen og foreldene hadde en plan for å håndtere avvik fra denne.

Hvis man har blitt enig om en plan der hver gang ungdommen uteblir fra en time, så skal skolen sende melding til foreldrene så de kan følge det opp. Bare for å sikre at ikke ungdommen uteblir masse, så får foreldrene beskjed. [...] At man følger opp de avtaler man har gjort, egentlig. Det kan være en god måloppnåelse. (ABT terapeut)

Ut fra vårt materiale fremgår det også at terapeutene jobbet mye med å reparere skole–hjem-dialogen.

Jeg tenker kanskje at det ofte har skjedd noe mellom skole og hjem, hvor det er utfordringer i kommunikasjonen og i dialogene og i forståelsen, at skolen

tenker at her må det gjøres veldig masse hjemme, mens foreldrene tenker at her er alle problemene på skolen. Det kan være vanskelig å snu og åpne opp og endre dialogformene, men ikke umulig og veldig viktig. (ABT terapeut)

[...] bare det å få et konstruktivt skole–hjem-samarbeid der de ikke kranglet. Det var liksom det eneste som hjalp i den saken. Det satte familien veldig pris på. De gikk fra å true hverandre til å bare snakke om det løst. (ABT terapeut)

Terapeutene fortalte videre at kommunikasjon mellom hjem og skole av og til handlet om språklige barrierer. Selv om skolene er pliktet til å få på plass tolk, så var det ikke alltid det skjedde i praksis, ifølge en av terapeutene. Vi har ikke grunnlag for å si om dette er fordi familiene ikke har blitt tilbudt tolk, eller at de har fått tilbud om tolk og takket nei slik som terapeutene selv erfarte.

Jeg opplever ganske ofte at en del familier som jeg tenker burde ha tolk, ikke vil ha tolk. [...] Så jeg tror jeg skal bli flinkere på å overtale til bruk av tolk på en eller annen måte. (ABT terapeut)

Om selve samarbeidet med skolene fortalte terapeutene om forskjeller og likheter mellom ulike skoler, spesielt forskjellen på ungdomsskole og videregående når det gjelder hva som forventes av elevene, og hvor villige skolene er til å tilrettelegge, eller hvor mye ressurser de har til det.

Det kan være ganske forskjell på skolene, i hvor langt de strekker seg. Og hvordan ledelsen på skolen og kontaktskoleansatte tenker rundt barnets utfordringer. Det har mye å si, synes jeg. Om de ser forbi de uttrykkene de viser, og hva slags uttrykk det er. (ABT terapeut)

Men samtidig så har jeg også klart å komme i posisjon i en videregående og fått de til å bruke mer miljøpersonell. Og at man liksom klarer å lage en rigg selv om de er litt i motstand. (ABT terapeut)

En av terapeutene forklarte at det hjalp å vise skolen at de som tiltak jobber med familien samtidig som skolene må tilrettelegge.

Kanskje skolen holder ut litt til eller tåler litt mer, i hvert fall med de yngre barna tenker jeg at det er viktig. Og så er det å koble på PPT der hvor det ikke er gjort, og tydeliggjøre ansvaret. (ABT terapeut)

I tillegg til å pushe skolene og koble på PPT hvis det er behov for det, fortalte terapeutene at de har samtaler med skoleansatte og assistenter på skolen og tilbyr veiledning til skolens ansatte for eksempel i form av foredrag på foreldremøter og personalmøter/fagdager. De kan for eksempel snakke om hvordan skoleansatte kan legge opp timene med innslag av lek og fysisk aktivitet, hvordan skoleansatte kan legge opp til en passende dose av utfordringer og pauser, hvordan de kan møte barn ut fra tilstandsavhengig fungering og gjøre simuleringsøvelser som handler om klasseledelse, forebygging og de-eskalering i klasserom.

De to skoleansatte vi har intervjuet, som til sammen har samarbeidet med et arenafleksibelt tiltak fem ganger, syntes samarbeidet med teamene fungerer bedre enn samarbeidet de er vant med fra andre instanser. Skoleansatte trodde forklaringen lå i at teamene kanskje får til mer enn barneverntjenesten fordi de både samarbeider tettere med skolen og er tettere på familien, og at dette fører til at de rett og slett «har mer informasjon om familien».

Man ønsker jo et så tett samarbeid som vi får til med arenafleksibelt team. Det er jo sånn vi vil jobbe, egentlig. (Skoleansatt 2)

Det er ikke så ofte skole blir tatt på alvor i så stor grad som når vi har samarbeidet med ABT – der vi er en del av laget i arbeidet rundt barnet. Vi har ikke bare blitt fag og så videre, men de ser viktigheten av skole for ungdommene. Det å se helheten i det barnets liv. (Skoleansatt 1)

Dette med å se helheten i barnets liv ser ut til å være sentralt for hvordan terapeutene i ABT jobber. Her ser vi noen paralleller til losordningen som vektlegger at det å ha det bra utenfor skolen, har betydning for hvordan barnet har det *på* skolen (Gundersen et al., 2022). I beskrivelsen av familienes erfaringer kommer vi tilbake til hvordan relasjonen mellom terapeuten og ungdommen hadde positive ringvirkninger for skolesamarbeidet.

Psykisk helse som underliggende utfordring

Psykiske vansker nevnes ikke eksplisitt i den formelle beskrivelsen av målgruppen til ABT, men vi ser i det samlede materialet vårt at dette er et gjennomgående kjennetegn ved barna/ungdommene.

[...] alle ungdommene og barna hos oss, de strever med et eller annet på en måte. Og i stor grad så tenker jeg at det på et eller annet vis handler om psykisk helse. (ABT terapeut)

Selv om terapeutene i ABT sitter på mye faglig kunnskap om psykisk helse, pekte terapeutene på at det ikke er deres mandat å utrede diagnoser, selv om det kanskje kan være behov for det. Terapeutene pekte på at BUPs tilbud om utredning og diagnostisering ikke nødvendigvis passet for ungdommene de hjalp, enten fordi BUP ikke kommer i posisjon til å hjelpe, eller fordi ungdommene ikke har kapasitet til å møte til et fast tidspunkt i uken.

Selv om det så ut til å være stor enighet om at psykiske vansker var en utfordring som mange av barna slet med, pekte terapeutene på at timing for hjelp via psykisk helsevern må være riktig, og at tidspunktet for å få hjelp av for eksempel BUP ikke nødvendigvis trengte å være samtidig som de fikk hjelp av ABT, men noe som familiene må jobbe med i et lengre perspektiv.

[...] fordi vi ser at innenfor de rammene som BUP har i dag, så kommer jo ikke den ungdommen til å møte opp i det kontoret, det kan vi mest sannsynlig si, og da må man kanskje legge ned den kampen nå, så kan man heller tenke

at kanskje om et år, eller to, eller tre, at BUP vil være nyttig, men akkurat nå på dette tidspunktet, så tenker man at det er nok instanser og nok folk inne, at man heller prøver å begynne å jobbe enn å jage etter det som ikke er på plass. (ABT terapeut)

Det er jo et større prosjekt det her, som går utover vår hjelp, som handler om barndom og traumer. Det kommer [ungdommen] nok til å måtte jobbe med senere i livet sitt også, disse tingene. Men nå har hen i hvert fall opplevd at familiesystemet er ganske trygt. Det er veldig positivt. (ABT behandlingsmøte sak 3)

Timingen handler også om at barnet eller ungdommen må være motivert til å ta imot helsehjelp, og ikke minst må de være rusfrie for å få hjelp av BUP.

Mens i en del saker så er det jo sånn at BUP avslår de sakene som er inne, fordi ungdommen for eksempel er i aktiv rus. Så får de ikke tilbud på BUP. Og det kan av og til være en utfordring når en ser at ungdommen kanskje hadde vært i behov av oppfølging av psykisk helse. Så blir de en kasteball mellom barnevern og psykisk helse, i stedet for et samarbeid. (ABT terapeut)

Enkelte pekte også på at det å gå til psykolog en gang i uken ikke nødvendigvis var riktig hjelp for denne målgruppen, men at det de trengte, var en trygg voksenperson. En del av systemarbeidet terapeutene gjorde, handlet om å finne en slik person i barnets/ungdommens nettverk.

Jeg tenker kanskje særlig de ungdommene vi jobber med, har en sånn bakgrunn at de kanskje ikke vil nyttiggjøre seg det å for eksempel være i BUP en gang i uken, eller det å snakke [...] at en miljøterapeut eller en forelder eller en skoleansatt når mye bedre inn enn en terapeut som skal snakke. Sånn at da gir det mye mer mening å ruste systemer rundt til å ha en felles forståelse. (ABT terapeut)

Terapeutene presiserte at det var de ressursmessige rammene som gjorde det vanskelig å samarbeide med BUP, for eksempel at de ikke kunne kontakte psykologene direkte, men måtte ringe resepsjonen hver gang, eller at de som jobber i BUP, kun er tilgjengelige innenfor en gitt arbeidstid.

Altså de personene vi samarbeider med, er veldig ålreite, men det er rammene, og det er systemet. At de er så presset. Det er sånn «vi [BUP] har 20 minutter på fredag, jeg kan snakke med deg da». De er jo fullt opp med timer. De er ikke oppsøkende. (ABT terapeut)

Flere hadde erfart at samarbeidet med BUP ble bedre hvis et ambulerende eller oppsøkende team som FACT ung var koblet på, og at samarbeidet fungerte bra selv om det innebar at flere personer jobbet tett på familien samtidig.

FACT ung, som er en litt sånn fleksibel versjon av BUP, har jeg merket har fungert veldig godt med tanke på akkurat det der med at BUP er vanskelig å

få tak i, vanskelig å samordne noen ting. Det blir jo veldig mange kokker, holdt jeg på å si, men jeg har opplevd at da kan man få til et samarbeid som er ganske gunstig. (ABT terapeut)

I saker der ABT samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, for eksempel når det forelå en bekymring om diagnose i saken, kunne samarbeidet bestå av skoleobservasjoner eller at terapeuten deltok på møter. I slike møter kunne terapeutene være en støtte for forelderen og barnet.

Kontakt med politi og uteseksjonen i enkelte saker

Bekymring for at barnet/ungdommen er i en kriminell løpebane med rus og/eller vold, er sentralt for ABTs utfordringsbilde. Enkelte av ungdommene har allerede begått lovbrudd og er i kontakt med en forebyggende enhet i politiet, andre har ikke hatt direkte kontakt med politiet. Flere av terapeutene fortalte at de savnet mer oppsøkende arbeid fra politiet, som de opplevde at «sitter litt på gjerdet og venter på at det skal skje noe [kriminelt]». I enkelte tilfeller opprettet terapeuten selv kontakt mellom politi og ungdommen.

På spørsmål om hvordan samarbeidet med politiet fungerer, fortalte terapeutene at det kan være utfordrende fordi de har så ulike mandat, og fordi politiet ofte sitter på en del informasjon om ungdommene som de ikke kan dele med ABT på grunn av taushetsplikten. Det kan enten være fordi det er snakk om en pågående etterforskning i saken som ikke er offentliggjort, eller fordi politiet ikke har nok bevis for å kunne si at det er en av ungdommene i ABT som er utøveren. Dette kan også gjøre det vanskelig for terapeutene å få oversikt over situasjonen, og noen ganger må de gjette seg frem.

Det er jo alltid jeg som skal snakke med politiet, og jeg må liksom prøve å skjønne hvordan de jobber. Hvis ungdommen har gjort noe, så er det jo en pågående sak, og kanskje de avventer litt og synes at jeg er vanskelig å samarbeide med, for vi har såpass ulike mandater. De skal ha noen andre briller enn oss, de skal ha fokus på kriminaliteten og sikkerheten, og forebygge den, og er jo gode på det. [...] men det er et veldig annet utgangspunkt enn det vi har. (ABT terapeut)

En av terapeutene trakk frem et konkret eksempel på hvor ulikt ABT og politiet tenker, og ga råd til foreldrene i forbindelse med en utagerende ungdom som både terapeuten og politiet hadde kontakt med.

Rådet fra politiet til foreldrene var at «dere skal ha et krav om å lese alt som er på mobiltelefonen til 15-åringen». Mens jeg mener jo egentlig litt det motsatte, fordi det kan føre til, jeg mener i hvert fall at det veldig fører til bare eksplosjon og unødvendige kamper, at her må hen jo heller snu på det, at hen liksom må finne trygghet og tillit da. Og så er det jo veldig sensitivt at foreldre skal lese 15- og 16-åringens innhold på telefonen. Det er jo som en dagbok. (ABT terapeut)

Eksempelet ble også diskutert i et av behandlingsmøtene hvor terapeuten og fagpsykologen var enige i at det å lese meldingene til ungdommene ikke er med på å skape tillit mellom ungdommen og foreldrene (ABT behandlingsmøte sak 3). Terapeutens frustrasjon over politiets råd til foreldrene er uttrykk for en annen teoretisk og faglig forståelse av hvorfor ungdommer gjør som de gjør, samt hvilke konsekvenser dette har for relasjonsarbeidet med foreldrene. I gruppeintervjuet fremhevet terapeutene ABTs traumeorienterte tilnærming versus politiets kontrollnærming. Selv om flere pekte på utfordringer i samarbeidet på grunn av politiets mandat og faglige forankring, pekte de samtidig på at de skulle ønske at politiet oftere var koblet på i fredstid (altså før det ble begått lovbrudd fra ungdommenes side).

For det er jo noe med å etablere gode kontakter i politiet, som gjør at neste gang du ser politiet, så for det første blir det ikke så alarmerende, og kanskje får noen gode verdier med seg. (ABT terapeut)

De to skoleansatte vi har intervjuet, som samarbeidet med ABT, fortalte også at de savnet at politiet var mer påkoblet skolen.

Jeg har jobbet ganske lenge og sett utviklingen her på skolen. Før så var det et fast samarbeid med politi. Nå er det helt borte. Det er en utvikling som jeg ikke liker. Det er de siste årene egentlig at dette har skjedd. De siste ti årene, kanskje. Tidligere var det jevnlig kontakt, og vi hadde kontakt og samarbeid med flere politibetjenter som stilte opp på vår skole. Vi ønsker mer kontakt med politi, og det har vi etterlyst på alle møter, til alle. Før kunne både vi skoleansatte og barna fornævnet på de som var her – det var kjente fjes for alle. Det er ikke sånn nå. (Skoleansatt 2)

Det virker som at det er veldig personavhengig. Det satses ikke nok på forebyggende politi generelt i politiet. (Skoleansatt 1)

Politikontakten vi har intervjuet, bekreftet det terapeutene og de skoleansatte sa, og fortalte at politiet drev mye mer forebyggende arbeid på både barne- og ungdomsskoler før. Politikontakten støttet nyopprettelsen av et barneteam.

Det sa jeg alltid til kollegaene mine, at jo tidligere, jo bedre [...] Og jeg husker jo i gamledager, da vi jobbet i politiet, da var vi i forebyggende [enhet] innom første klasse. (Politi)

Politikontakten hadde kun samarbeidet med ABT i enkelte saker, men hadde flere tiårs erfaring med å jobbe med forebygging av ungdomskriminalitet og fortalte at samarbeidet med ABT opplevdes mer seriøst enn samarbeidet med barneverntjenesten.

Her var det litt mer seriøsitet, for det var jo en ekstern gruppe som var innebygget [...] Det har vært andre ungdommer hvor barnevernet alene koordinerte, som det har vært mye frem og tilbake, mye snakk. Hvor kanskje

foreldrene ikke har vært til stede på de samarbeidsmøtene, og ungdommene ikke har vært til stede. (Politi)

En mulig forklaring på at familiene så ut til å dukke opp oftere på samarbeidsmøtene når ABT var involvert, er at terapeutene i ABT har gode ressursmessige rammer til å jobbe med å opparbeide seg tillit slik at de kan fungere som en støtteperson for ungdommens møte med politiet.

Politikontakten hadde god erfaring med å samarbeide med terapeuten og fortalte at selve kommunikasjonen og rollefordelingen var bra.

Vi kommuniserte gjennom SMS stort sett og delte informasjon. Vi fordelte arbeidsoppgaver i forhold til ungdommen. Hen [terapeuten] tok det meste, selvfølger, helse og generelt hjemmeforhold og konflikter. Men jeg skulle også ha samtaler med ungdommen så ofte jeg kunne. (Politi)

Politikontakten fortalte at hen ofte var fleksibel utover normal arbeidstid og for eksempel svarte på meldinger på kvelden, selv om hen ikke nødvendigvis fikk overtidsbetaling. Dette bekrefter målgruppens behov for å ha en trygg voksenperson å kontakte på kveldene.

En annen instans som er ment å være tilgjengelig på kveldstid og i helgene, er Uteseksjonen. Uteseksjonen er en oppsøkende tjeneste for unge spesielt, men som også er tilgjengelig for foreldre. Terapeutene fortalte at de ofte rådet foreldre til å ta kontakt med Uteseksjonen hvis ungdommene uteble på kveldene. Foreldrene kunne da sende bilde av ungdommen til Uteseksjonen slik at de kunne ha et øye med dem. Uteseksjonen har også det administrative ansvaret for SaLTo-samarbeidet i Oslo.

Andre forebyggende instanser som terapeutene nevnte, var Konfliktrådet (i forbindelse med gjennomføring av ungdomsstraff), Barnevernvakten (som kan svare familiene ved akutte hendelser og eventuelt hente ungdommene hvis de ikke kommer hjem) og Utekontakten (som kan hjelpe med å finne jobb etc.). I en av rapportene som vi har fått tilgang til, fremkom det at terapeuten var bekymret for at de forebyggende ressursene i bydelen var blitt betydelig redusert, og det var uklart hvem som skulle følge opp barnets utagerende adferd når ABT skulle avsluttes. Terapeutene forklarte at selv om Utekontakten og enkelte miljøterapeuter kanskje kjente ungdommene de jobbet med, hadde de ikke nok ressurser til å proaktivt følge dem opp. På den måten ville ikke slike lavterskeltilbud tilstrekkelig kunne ivareta ungdommen etter tiltaket avsluttes. I siste del av dette delkapittelet kommer vi tilbake til dette.

Etablering av positive relasjoner: venner, jobb og fritid

I tillegg til styrking av foreldrerollen og instanssamarbeidet rundt familien jobbet terapeutene med å styrke barnets/ungdommens eget nettverk. Et kjennetegn ved flere av sakene ABT jobbet med, var at ungdommene hadde venner som terapeutene eller foreldrene mente påvirket dem i negativ retning. I to av sakene

vi har fulgt, hjalp terapeutene ungdommene med å bryte ut av vennskap eller miljø som hadde en dårlig påvirkning og isteden styrke relasjonen til positive venner. I et av behandlingsmøtene fortalte terapeuten at hen hadde laget et vennekart sammen med ungdommen, for å få en oversikt over hvilke venner som påvirket ungdommen bra og mindre bra. En annen terapeut fortalte hvordan hen i praksis hadde involvert vennene til ungdommen i endringsarbeidet for å synliggjøre overfor både barnet og foreldrene hvem som representerte positive relasjoner for barnet.

Det var en ungdom som hver gang vi hadde avtaler, så var det ofte hjemme hos hen, og så hadde hen alltid med seg noen. Det var alltid masse venner der, og hen var veldig opptatt av disse vennene. Så bare det å involvere de, som man gjør i et familiesystem med sirkulære spørsmål, så begynte jeg å bruke de som en intervensjon. Da fikk jeg mer interessen hens i arbeidet [...] Det hjalp også foreldrene å være tryggere på at hen kunne være med de vennene uten å være kjempebekymret, og det var jo bra for tilliten mellom dem. Så det hadde mange ringvirkninger. (ABT terapeut)

Inkludering av venner i endringsarbeidet er et godt eksempel på at terapeutene anerkjente hva som var viktig for ungdommen. En annen ting som fremstod som viktig for flere av ungdommene, både for de vi har intervjuet, og i sakene vi har observert, er å få hjelp til å få seg deltidsjobb. Det å hjelpe ungdommen å få seg jobb kunne bidra til å styrke terapeutenes relasjon til ungdommen og kanskje til voksne generelt.

For eksempel hvis de [ungdommene] alltid har sagt at de ønsker en jobb, og så er det ingen som har gjort jobben med å få til det. Og hvis vi klarer å få det på plass, så kanskje de kan komme litt mer i møte, eller åpne seg litt mer opp for deg. Fordi da ser du faktisk hvordan de stoler på en voksen. (ABT terapeut)

Å få seg jobb kunne også bidra til å styrke barn–foreldre-relasjonen ved at foreldrene fikk se at barnet mestret noe, som en av terapeutene påpekte i et av behandlingsmøtene: «Der har foreldrene sett helt andre sider av gutten.»

En annen arena hvor barn og unge kan skape positive relasjoner og oppleve mestring, er fritidsaktiviteter. I tilbudsbrevet som sendes ut til bydelene fra barneteamet, står det at ABT ønsker at bydelene presenterer ulike tilbud som bydelen har, som er tilpasset familiens behov (mal tilbudsbrief 5–12 år jente). ABT-terapeuten på sin side kunne bistå familien med å følge opp fritidstilbud, lage avtale med og veilede avlastningshjem, miljøkontakt, trener på fotballag og lignende. Selv om flere av terapeutene fortalte at de hadde hjulpet familier med å finne sportsutstyr eller søke om penger til utstyr, fremstod det ikke i vårt materiale som at fritid var den arenaen ABT jobbet mest på, men at de skulle ønske de kunne jobbet mer med det. En pekte blant annet på at målgruppen generelt ikke er de som deltar mest på etablerte fritidsarenaer.

Det er ikke gjengs at våre ungdommer henger og spiller Playstation på ungdomsklubben, det er heller de som er utenfor og lager bråk. (ABT terapeut)

En annen årsak til at fritidsaktører ikke alltid er den mest relevante samarbeids-partneren, er at ABT (så langt) har jobbet mest med ungdommer fra 13-årsalderen, og at deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter har en tendens til å dabbe av i denne perioden. I ungdomsteamet var det viktigere å jobbe med å styrke positive vennerelasjoner som beskrevet innledningsvis i dette avsnittet.

Betydning av miljøterapeutisk arbeid i familien

I motsetning til det arenafleksible teamet for psykisk helse AFT var ikke ABT organisert slik at de hadde en egen miljøterapeut som kunne hjelpe med praktiske ting som å følge barnet/ungdommen til skolen eller på fritidsaktiviteter. Som en del av stabiliseringsarbeidet i familien hadde terapeutene likevel en arbeidsform som var mer miljøterapeutisk i begynnelsen av tiltaket.

Terapeutene fortalte at det i de første årene av ABTs etablering var en forventning fra barneverntjenesten om at de skulle tilby miljøterapeut på samme måte som AFT. Nå som tiltakene hadde eksistert noen år, så denne forventningen ut til å ha justert seg, og det var ikke uvanlig at terapeuten ba barneverntjenesten om å få på plass en miljøterapeut som parallelt hjelpetiltak. Terapeutene hadde forståelse for at dette var en ekstra økonomisk belastning som bydelene kanskje ikke hadde regnet med ved innkjøp av ABT, og at bydelene derfor i varierende grad fikk dette på plass. I enkelte tilfeller ble likevel denne formen for kompenserende tiltak beskrevet som helt nødvendig for at ABT kunne fortsette hjelpen, og terapeutene fortalte at de da var tydelige på det.

Det vi merker, er at vi anbefaler i større grad til barneverntjenesten at vi fungerer veldig godt sammen med miljøterapeuter. Så hvis dere setter inn begge deler, så er det fint. (ABT terapeut)

I familiene som hadde miljøterapeut fra bydelen i tillegg til ABT, kunne dette være en viktig støttespiller for terapeutens arbeid med barnet, spesielt hvis det var snakk om vanskelige temaer som vold. I en av sakene vi observerte, ble det diskutert både internt i teamet og med saksbehandler i barneverntjenesten om terapeuten kunne be miljøterapeuten som hadde samme førstespråk som familien, om å snakke med barnet og foreldrene om en hendelse som potensielt var et tabubelagt tema i familiens kultur. I en annen sak vi har observert, hadde barnet en miljøterapeut som var med på skolen, og som fant på ting utenfor skolen og i helgene. Mor hadde også fått en egen miljøterapeut, og for ABT sin del opplevdes det som fint å ha med miljøterapeutene i møter fordi dette var en person som hadde relevant kulturell kompetanse. Det at terapeutene fremhevet betydningen av miljøterapeuter med kulturell kompetanse, tyder på at terapeutene også har en ydmykhet overfor egne begrensninger og hvilke andre

støttespillere som må på plass. Vissheten om at kulturelle forskjeller kunne ha betydning for terapeutenes arbeid med familiene, gikk igjen i terapeutenes beskrivelse av hvordan de jobbet for å styrke familiens nettverk.

Men det som kan være en forskjell, er at etnisk norske familier har gjerne besteforeldre og tanter og onkler og sånt som kanskje bor i nærheten. Vi har veldig lyst til å koble på utvidet familienettverk, både når det gjelder å være med, men også kontrollbiten. Mens mange av familiene vi snakker om, de har dette nettverket i hjemlandet sitt. [...] Men da blir det en miljøterapeut fra systemet som skal trekkes inn, og som blir liksom den søsteren eller moren eller tanten. (ABT terapeut)

I en stor del av minoritetsfamiliene og andre familier med lite sosialt nettverk i nærheten hjalp ABT familiene med å koble på personer fra samarbeidsinstanser som kan fungere som en slags utvidet familie.

Varighet og avslutning av tiltaket

I vårt materiale fremstod det som at det var en bred enighet blant terapeutene om at et år var en god lengde på tiltaket, fordi endringsarbeid tar tid (jamfør fasene som tidligere beskrevet og utvidelsen av varigheten fra 6 til 12 måneder), og fordi familiene ofte først åpnet seg opp om det som faktisk hadde vært vanskelig, når de hadde kjent terapeutene en stund.

Hvis vi bare hadde vært inne i noen få måneder, så hadde vi kanskje bare vært i stormen, og så har vi ikke kunnet følge opp noe mer. [...] Og mange av de foreldrene, det er noen jeg har opplevd som har hatt helt grusom bakgrunn, som er veldig skeptiske, som bare åpner seg opp etter et halvt år eller tør å si ifra om at vi har slåsskamp hjemme. Det er først da det kommer frem, og da kan det oppleves veldig kort tid til vi avsluttes sånn sett. (ABT terapeut)

Sitatet illustrerer at selv om terapeutene brukte mye tid på å kartlegge alle faktorene i familienes liv, så kunne det ta det tid å avdekke alt og ikke minst å komme i posisjon overfor familiene, slik at familiene selv fortalte alt som foregikk eller hadde foregått. Dette kunne ha betydning for hvorfor barnet/ungdommen utagererte, og hvilke behov for oppfølging barnet eller familien hadde.

I avslutningsrapportene til barneverntjenesten som vi har lest, ble det gitt en oppsummering av det systemiske kartleggingsarbeidet som var utført, samt en vurdering av måloppnåelse og videre anbefalinger. Anbefalingene kunne være å koble på eller videreføre støttetiltak som miljøterapeut, støttekontakt, avlastningshjem, plan for fritidsaktiviteter eller å opprette individuell plan hvis dette ikke allerede var gjort. Anbefalingene kunne også dreie seg om hvordan de ulike aktørene som skulle følge opp barnet/ungdommen, burde møte barnet.

Det som er viktig, er å se det som er bak, gi hen tid, ikke være så pushete med hen. De første møtene må være gode for at hen skal skape tillit og en

god relasjon til det nye teamet [i barneverntjenesten]. (ABT behandlingsmøte sak 3)

I saken som omtales i sitatet, hadde terapeuten forsøkt å gi en grundig beskrivelse i avslutningsrapporten av hvordan hen hadde jobbet med å skape en god relasjon til barnet slik at barneverntjenesten kunne lære av hva som hadde fungert og ikke. Ifølge styringsdokumentet skal det i god tid før avslutning av tiltaket lages en plan for videre oppfølging av familien. En av terapeutene fortalte at hen var opptatt av å snakke med dem som skulle følge opp familien ved endt tiltak, enten det var barneverntjenesten eller andre tjenester i bydelen. Det ble også beskrevet som viktig å forsikre seg om at familiene hadde noen å snakke med, og at det ikke bare ble «opp til familien å få systemet til å skjønne» hvilke behov de hadde, og hva de eventuelt trengte hjelp til.

En viktig del av den avsluttende fasen handlet også om å få til en fin avslutning med barna og familiene, både når sakene ble avsluttet som planlagt eller tidligere enn forventet. En fin avslutning med familien ble beskrevet som å gjøre noe hyggelig sammen, for eksempel å gå ut og spise og ikke snakke om utfordringene som hadde vært, men om de positive endringene som hadde skjedd. Et sentralt mål med arbeidet som ABT gjør, ser ut til å være at de positive erfaringene familiene får med terapeuten, kan bidra til at familien får økt tillit til det øvrige hjelpeapparatet. I avslutningsfasen bistod gjerne terapeutene familiene med å lage en plan for håndtering av eventuelle utfordringer som kunne oppstå etterpå, og at de fra nå av måtte ta kontakt med andre for hjelp.

Jeg har vært veldig opptatt av å være veldig tydelig på at nå er det disse som tar over, så «ikke ring». Fordi jeg merker at de blir veldig avhengige av den kontakten, eller at det kan hindre dem i å knytte seg til de nye som skal følge opp. (ABT terapeut)

Flere av terapeutene fortalte at de hadde hatt sporadisk kontakt med familiene etter endt tiltak, men at de fleste familiene skjønte at de ikke kunne ringe dem lenger. Dette er noe vi kommer tilbake til i beskrivelsen av familienes erfaringer.

Når det gjaldt hva som faktisk skjedde etter endt tiltak, og hvilke anbefalinger som blir fulgt opp og ikke, fortalte de ansatte at dette var utenfor teamets kontroll. Også de skoleansatte vi har intervjuet, bekymret seg for hvordan familien og målene som ble satt, skulle følges opp når tiltaket ble avsluttet. En av de skoleansatte hadde allerede erfart at den koordinerende rollen ble borte.

Det som er litt gjengs, er at når de trekker seg ut, hvis det ikke er en tydelig plan, så faller ungdommen litt sammen. De klarer ikke å følge opp de tiltakene, det faller fra. Den koordinerende rollen blir borte, de som har hatt kontakt med alle rundt barnet og alt av hjelpen. (Skoleansatt 1)

Den andre skoleansatte delte bekymringen for at de positive endringene som ABT hadde fått til, ikke ville vedvare etter avslutning av tiltaket.

Jeg vet jo ikke, men jeg ser det for meg at det kan skje. Også litt dårlig erfaringer med barnevernet, det er veldig viktig å ha en plan i forveien, avtalen med familien, skole og hva som skal gjennomføres, det er veldig viktig. Igangsette en plan som vi klarer å følge, det har vi klart nå med arenafleksible team. (Skoleansatt 2)

På spørsmål om hvordan skolen kunne unngå at arbeidet som ABT gjorde, stoppet opp når tiltakene avsluttes, pekte de skoleansatte på at det var mye skolen kunne gjøre selv, men at familien samtidig trengte profesjonell veiledning.

Skoleansatt 1: Det er mange av de tiltakene som ikke trenger å være så kostbare. At vi har felles lagmøter jevnlig. Sett fra skolens side så er det ganske mange av de tingene som man kan opprettholde, de møtene der man snakker sammen og har en plan rundt barnet/familien. Samtidig, den behandlingen som familien og barna får, den stopper opp. Familieveiledning eller hva det heter fra barnevernet, det settes ofte inn i stedet, men det fungerer ikke like bra. Det er jo i noen saker der det settes i gang tiltak der barnet skal flytte ut, men i de sakene som barna ikke skal det, og som ikke følges opp av barnevernet, det går ikke. Det oppleves veldig som en siste utvei, da, arenafleksibelt tiltak.

Skoleansatt 2: Helt enig med deg. Vi har folk som vi samarbeider med, utekontakter og FACT-team. Det må være noe som overføres til dem i den overgangen, som gjør at det ikke stoppes helt opp.

Skoleansatt 1: Og spesielt når man har 10. klasse og de skal begynne på vgs., det er kanskje ekstra viktig. Ofte i saker så blir familien selv koordinatorene, og de har nok med seg selv og barnet.

Begge skoleansatte hadde tidligere erfart at skole–hjem-koordineringen ikke fungerte like bra når barnevernet var ansvarlig, og var opptatt av at ungdommene hadde behov fleksibel oppfølging etter avslutning av tiltaket, som Utekontakten og FACT ung er eksempler på.

Politikontakten vi har intervjuet, delte de skoleansattes bekymring for helhetlig oppfølging av ungdommen etter endt tiltak. Politikontakten hadde deltatt i et avslutningsmøte med ABT og barneverntjenesten hvor politi og saksbehandler hadde fordelt terapeutens oppgaver mellom seg. Saksbehandler hadde deltatt på alle møtene da ABT hadde ansvar for koordineringen. Da saksbehandleren innkalte ungdommen og foreldrene til et møte etter at ABT ble avsluttet, dukket ingen av dem opp. Politikontakten fortalte også at ungdommene hadde begynt å begå mer kriminalitet etter at tiltaket var avsluttet. På spørsmål om hvordan saksbehandleren burde ha fulgt opp saken, sa hen at det handlet om at saksbehandleren ikke hadde mulighet til den samme tette kontakten med familien som terapeuten hadde hatt, «det handler om kapasitet, fordi den saksbehandleren jobber åtte til fire». I kapittel 6 ser vi mer på hvordan de

barnevernansatte vi har intervjuet, selv reflekterte over kapasitetsbegrensninger og oppfølging av sakene når tiltakene avsluttes.

Familienes erfaringer med ABT

De fem ungdommene vi har intervjuet, som hadde fått hjelp av ABT, var mellom 15 og 17 år, og fire av dem fikk hjelp av ABT på intervjutidspunktet. Den ene ungdommen hadde avsluttet tiltaket på normert tid. I de to familiene der vi kun snakket med foreldrene, var barna under 15 år da de fikk hjelp av ABT, og begge sakene var avsluttet på normert tid. I intervjuene spurte vi om de kunne huske hvordan de kom i kontakt med teamet eller terapeuten, og hvordan de hadde det på daværende tidspunkt. Her så det ut til å være noe variasjon i om ABT var det første barnevernstiltaket familiene hadde mottatt eller ikke, og flere av ungdommene hadde kontakt med helsetjenesten på intervjutidspunkt. Felles for alle vi har snakket med, var opplevelsen av å bli lyttet til.

Betydningen av å bli sett og forstått

Flere av foreldrene vi intervjuet, fortalte at de hadde opplevd å bli mistenkelig gjort av skolen og eller av barneverntjenesten i forbindelse med barnets utfordringer. Enkelte var i begynnelsen skeptiske til hva ABT hadde å tilby. Samtlige foreldre, uansett tidligere erfaringer med hjelpeapparatet, beskrev å bli sett og lyttet til på en måte som opplevdes som god og inkluderende. Flere opplevde også å få tilbake troen på seg selv som forelder.

Det [ABT] er det beste som har skjedd oss. Når kulturen er respekt, forståelse, omsorg, omtanke, å se hva man har, og hva man skal bygge på, se helheten, få deg til å slappe av. For når man er livredd hele tiden, så klarer man ikke å tenke. Bare det å holde i trådene for meg, det var så vanskelig, hjernen min var så tåkete. Jeg hadde ikke overskudd, jeg visste ikke hva jeg skulle si [...] Jeg var vant til å bare høre «det er din skyld, dette klarer du ikke», men nå fikk jeg høre «dette får du til, du har så mange ressurser å jobbe videre med». De hadde troen på meg. (ABT forelder)

Enkelte foreldre fortalte at terapeutene hadde gjort et poeng av å fortelle at de ikke var fra barneverntjenesten, og at dette opplevdes som en anerkjennelse av at familiene hadde hatt dårlige opplevelser med dem tidligere.

[Terapeuten] oste av ro. Hen formidlet at hen skulle gjøre sine egne vurderinger, at jeg ikke skulle tenke at hen hadde en forinntatthet [...] Hen tok veldig fort bort det der at hen var farlig – hen skulle ikke ta meg [...] Det var helt fantastisk. (ABT forelder)

Og [terapeuten] er ikke sånn at hen vet alt som er riktig. Hen er god å snakke med ting om da. Hen er åpen. Ikke sånn ovenfra og ned-holdning. (ABT forelder)

Familienes erfaringer bekreftet at terapeutene var lydhøre for de behovene og utfordringene familiene fortalte at de hadde, i tråd med en familierapeutisk tilnærming. Både foreldrene og ungdommene ga uttrykk for at det var fint at terapeuten var lett tilgjengelig og hadde muligheten til å møte dem hjemme. Samtlige av foreldrene sa at de visste at de kunne ringe terapeuten når som helst. Noen ringte eller sendte melding utenom de fastsatte møtene, og to av foreldrene vi intervjuet, hadde ringt vakttelefonen en eller flere ganger.

Jeg ringte inn en gang jeg var veldig redd [...] Og da fikk jeg veldig klare råd om hva jeg burde gjøre, og mest ikke burde gjøre [...] Men det var flere sånne episoder. Så det å ha den vakttelefonen var veldig viktig. (ABT forelder)

Det å ringe og snakke med noen, gjerne en person man kjenner fra før, idet en situasjon oppstår, kan se ut til å både gi trygghet og styrke foreldrerollen fordi de fikk en løsning der og da. De som av ulike grunner ikke hadde behov for å ringe utenom avtalte tidspunkter, fant likevel en trygghet i å vite at muligheten var der.

Hen sa ring, og jeg var bare «ja da», men jeg traff henne så ofte at jeg trengte det ikke. Det var så regelmessig at det ikke samlet seg opp en frustrasjon eller sånn [...] De har en vaktordning, i helger og sånn, da visste man jo at man kunne ringe hele tiden, og det var veldig greit å vite, faktisk. (ABT forelder)

Kombinasjonen av å ha en fast avtale med terapeuten en gang i uken og muligheten til å ringe teamet utenom så ut til å gi foreldrene en visshet om at de ikke var alene med utfordringene som barnet eller ungdommen hadde. Det å ha noen i ryggen så også ut til å ha betydning for familienes erfaring med terapeuten som koordinator.

Betydningen av helhetlig koordinering

Flere av foreldrene som hadde fått hjelp av ABT, opplevde å ha vært alene i arbeidet med å få til bedre løsninger for barnet sitt og for familien som helhet. Det å finne frem i et system av ulike hjelpetiltak og å ha kontakt med flere instanser samtidig (NAV, barnevern, skole, bydel, BUP med mer) ble omtalt som enormt belastende, og flere foreldre beskrev det som «en fulltidsjobb». Samtlige av foreldrene vi har intervjuet, uttrykte lettelse av at terapeuten tok over koordineringen og kunne snakke med de ulike instansene og arenaene på vegne av familien. For mange av foreldrene opplevdes det som trygt å ha noen på sin side i møte med de ulike instansene.

For det var jo en av de tingene som jeg syntes var veldig ok med arenafleksibelt team – den måten de kom inn og bare tok tak i de forskjellige instansene. (ABT forelder)

Familiene opplevde det også som nyttig å ha noen på sin side når det gjaldt skole–hjem-samarbeidet. Flere av foreldrene fortalte at de *hadde* dialog med skolen fra før av, men at de følte at skolen ikke tilrettela for barnets behov.

Jeg vil ikke si at vi hadde dårlig kontakt, men de [skolen] gjorde jo ingenting, ikke sant. De bare ventet på at barnevernet skulle gjøre noe, og de var sånn «det er BUP som må gjøre noe». (ABT forelder)

Sitatet er et godt eksempel på samarbeidsutfordringen mellom barnevern og psykisk helsevern som har vært identifisert i tidligere studier der tjenestene skyver ansvaret mellom seg (Fossum et al., 2015). I sitatet fremstår det som at skolen ventet på at barnevernet skulle gjøre noe, mens barnevernet ventet på at spesialisthelsetjenesten skulle gjøre noe, og dermed gikk utover skolens evne til å tilrettelegge for barnet. Det at foreldrene fortalte at det var terapeuten som fikk på plass skole–hjem-samarbeidet, er en god indikasjon på at tiltaket klarer å ansvarliggjøre skolene på en annen måte enn når enkeltinstanser er involvert. At skole utgjør en sentral del av terapeutenes koordineringsarbeid, samsvarer godt med det de ansatte fortalte om sitt arbeid. Terapeutene kunne også jobbe med skolemotivasjonen i kontakten med barnet/ungdommen. Slik beskrev en av foreldrene hvordan terapeuten hjalp barnet i forbindelse med utfordringene på skolen.

[Terapeuten] pleide å snakke med [barnet] mitt, hvordan hen har det på skolen den dagen, og hvis det var noe som ikke stemte, så kunne [terapeuten] gå til skolen, så hen fulgte oss veldig tett. (ABT forelder)

Skolemotivasjon var et sentralt tema for terapeutenes kontakt med ungdommene.

Ungdommens relasjon til terapeuten

I enkelte familier vi har intervjuet, hadde terapeutene enten ikke rukket eller klart å komme i posisjon til ungdommen. En av foreldrene fortalte at terapeuten ikke hadde hatt noe kontakt med barnet, fordi barnet hadde mer enn nok med å ha kontakt med psykisk helsevern. I en del andre saker fremstod det også som at det var foreldrene som hadde tettest kontakt med terapeuten. Med tett kontakt mener vi kontakt utover formelle møter og skolesamarbeid, det vil si at terapeuten og ungdommen møtes uten foreldrene og gjerne utenfor hjemmet. De fem ungdommene vi har intervjuet, beskrev forholdet til terapeuten slik:

Ungdom 1 hadde fått hjelp av terapeuten fra ABT i cirka 9 måneder og sa at de traff hverandre annenhver uke. De hadde også sporadisk kontakt på telefon og snakket sammen om skole, jobb og alt. Ungdommen uttrykte at hen stolte på terapeuten, og at terapeuten informerte om tiltaket i begynnelsen, men hen kunne ikke huske hvilken informasjon som ble gitt, eller hvor lenge hjelpen skulle vare. På spørsmål om hva terapeuten hadde hjulpet med, svarte ungdommen at terapeuten hadde snakket med læreren på skolen, men at hen

ikke helt vet hva de snakket om. Terapeuten hadde også hjulpet i relasjonen med forelderen og med å finne deltidsjobb.

Ungdom 2 hadde avsluttet tiltaket på normert tid og sa at hen i begynnelsen traff terapeuten en gang i uken, men etter hvert ble det en gang annenhver uke. Ungdommen var ikke sikker på hvorfor ABT ble satt inn, og hen visste heller ikke hva ABT var, når moren sa at hen skulle møte teamet. Ungdommen fortalte at hen var skeptisk i starten, og at hen ikke skjønnte hva ABT kunne hjelpe hen med, men at hen etter hvert fikk en veldig god relasjon til terapeuten. Det at terapeuten og ungdommen etter hvert fikk god kontakt, sier noe om hvor viktig tid og energi på å bygge opp en relasjon med ungdommene og foreldrene var. Av betydning for relasjonen dem imellom fortalte ungdommen at terapeuten hadde blitt «veldig godt kjent med hele familien». Det kan ha gitt ungdommen en nærhet og trygghet som igjen åpnet opp for å komme i posisjon til å hjelpe familien. Ungdommen fortalte også at hen satte pris på at terapeuten var ærlig og ikke bare latet som alt var fint: «Vi snakket om alt [...] Og så lærte jeg alltid noe nytt. Ting som jeg bærer med meg til dagen i dag, sånn life lessons.»

Ungdom 3 hadde hatt kontakt med terapeuten fra ABT i 3 uker og sa at de snakket sammen to ganger i uken, av og til mer. I likhet med ungdom 1 husket ungdommen at hen fikk informasjon om tiltaket, men ikke hva informasjonen var. Ungdommen fortalte videre at ABT hadde hjulpet med å komme i gang med en utredning på BUP, startet opp ansvarsgruppemøter, fått skolen til å tilrettelegge bedre, hjulpet til i forbindelse med deltidsjobb og laget en ukeplan som viste alle avtaler ungdommen hadde, samt innetider. Ungdommen fortalte at hen følte at hen kunne stole på terapeutene, og at de var flinke.

Ungdom 4 hadde hatt kontakt med terapeuten fra ABT i cirka 9 måneder og møttes en gang i uken eller en gang hver annen uke. De hadde også kontakt på telefon, og i likhet med ungdom 2 fortalte hen at de snakket om livet generelt og ikke bare utfordringer i familien. Ungdommen satte pris på dette. I motsetning til ungdom 1 og 2 hadde denne ungdommen god oversikt over hva terapeuten snakket med lærerne og barneverntjenesten om. Ungdommen hadde i likhet med de tre andre ungdommene fått hjelp av terapeuten med tilrettelegging på skolen, og terapeuten hadde også skaffet hen en jobb som hen trivdes godt i. Ungdommen fortalte at hen hadde klart å følge avtalen hen hadde laget med terapeuten om å gå på skolen noen faste dager i uken.

Ungdom 5 hadde fått hjelp av ABT i et par måneder, men hadde kun truffet terapeuten tre ganger. I likhet med det en av foreldrene vi intervjuet, fortalte om barnets relasjon til terapeuten, sa ungdom 5 at hen hadde nok andre folk (psykologer) å snakke med som forklaring på hvorfor hen ikke hadde kontakt med ABT oftere. Ungdommen fortalte at de i det ene møtet snakket «om regler for innetid og overnattinger». Utover dette ga ungdommen uttrykk for at hen trodde at foreldrene fikk god hjelp av terapeuten til egne problemer, men at hen skulle ønske at terapeuten snakket med søsknene om hvordan de hadde det, spesielt med tanke på søsknenes opplevelse av hens egen utagering.

I enkelte saker hvor terapeutene ikke hadde jevnlig kontakt med ungdommen, fremstod hjelpen ABT ga, mer indirekte. I tillegg til at foreldrene fikk hjelp og veiledning av terapeutene, fortalte ungdommene og foreldrene vi har intervjuet, at de hadde fått et bedre forhold til hverandre etter at de hadde fått hjelp av ABT. Flere sa også eksplisitt at dette var noe terapeuten hadde bidratt til.

Styrking av barn-foreldre-relasjonen

På spørsmål om hvordan relasjonen til foreldrene var blitt bedre etter at de fikk hjelp av ABT, trakk ungdommene frem at foreldrene snakket til dem på en annen måte, eller ga dem «mer space» som flere uttrykte det. Flere mente at dette var noe foreldrene hadde lært av terapeuten, og at terapeuten var flink til å lytte til både dem og foreldrene deres.

Fordi hen tok min side og hennes [morens] side, og så prøvde hen å fikse noe som passet for begge to. (ABT Ungdom)

Flere av ungdommene fortalte også at de selv oppførte seg bedre mot foreldrene sine, for eksempel ved å holde innetidene som ble gitt, og generelt delta mer i familielivet.

Ja, for nå følger jeg innetider og sånn. Jeg kommer også tidligere hjem enn før. Fordi før så ble jeg alltid lenger ute enn det vi hadde avtalt, men nå kommer jeg til innetiden. (ABT ungdom)

Både ungdommene og foreldrene pekte på grensesetting og hverdagsrutiner som sentralt for terapeutenes arbeid med å styrke relasjonen mellom dem. Flere fortalte at barnet eller ungdommen hadde fått bedre døgnrytme, og at de tilbrakte mindre tid på rommet sitt. Andre konkrete eksempler som ble trukket frem på hvordan de hadde fått det bedre hjemme, var at de spiste middag sammen oftere, og at de generelt snakket mer med hverandre. Enkelte opplevde at foreldrerollen ble styrket av at terapeutene ga dem kunnskap om barnets diagnoser og om hvordan de kunne møte barnet på en god måte.

Jeg har et mye tettere og nærmere forhold til [barnet] enn jeg har hatt før [...] Vi hadde nok ikke klart å lande så godt uten all den hjelpen vi fikk, det tror jeg ikke. (ABT forelder)

For noen foreldre handlet det også om hvordan de hadde fått det bedre med seg selv, og dermed blitt en bedre forelder, etter at ABT hadde hjulpet dem.

Det har vært veldig stabilt etter at terapeuten i ABT trakk seg ut. Det var i den prosessen med kontakt med terapeut i ABT at jeg fant en ro. Og hvordan jeg skulle møte [barnet] på en bedre måte. (ABT forelder)

En styrke ved at den samme terapeuten hadde tett kontakt med både ungdommen og foreldrene, var at terapeuten kunne hjelpe dem å finne kompromisser basert på hva begge fortalte om sine behov og utfordringer.

Styrking av barn–foreldre-relasjonen er en sentral arbeidsmetode innen familieterapi (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Styrking av foreldrerollen er et sentralt mål for arbeidet ABT gjør, og har sannsynligvis stor betydning for hvordan det går med familiene når tiltaket avsluttes.

Når familiene skal klare seg selv

Som nevnt i forrige avsnitt, visste ikke alle ungdommene hvor lenge de skulle få hjelp av ABT. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke hadde blitt informert av terapeuten, men at de trengte påminnelser, i alle fall når tiltaket nærmet seg en avslutning. Samtlige av foreldrene vi har intervjuet, var godt kjent med lengden på tiltaket, og enkelte ga inntrykk av at de syntes at lengden var bra.

Jeg husker vi tok en kaffe for å snakke om avslutningsperioden. Og dette med tidsskjemaet visste jeg jo om fra starten av. Hele prosessen var veldig ryddig, oversiktlig og greit. At man gradvis forberedte seg på at tiltaket skulle avsluttes. Det var ikke noe sånn «å gud, nå er det slutt». Det var på en måte en forberedelsesprosess der det var litt sånn «okei, nå er det på tide at vi skal klare oss selv». (ABT forelder)

En av foreldrene opplevde at avslutningen, og spesielt det å være alene igjen om å koordinere møter med instanser, kom brått på. Forelderen beskrev denne opplevelsen som en «litt sånn naken følelse» og fortalte også at det var vanskelig for ungdommen å avslutte kontakten.

Og så plutselig så var det slutt, og både jeg og [barnet] satt og gråt litt. [...] en ting er at vi som er voksne, vi kan takle det, men jeg tror det hadde vært fint for ungdommen om det var sånn at man hadde kanskje et treff om et halvt år, for eksempel. (ABT forelder)

Forelderen fortalte videre at hen skulle ønske at terapeuten kunne møte ungdommen på en kafé en gang etter avsluttet tiltak, for å se og høre hvordan det gikk med hen. Ungdommen syntes også tiltaket ble avsluttet brått, og fortalte at hen på det tidspunktet var lei seg, men at hen har det fint nå. Det at det først og fremst var forelderen som ønsket at terapeuten skulle møte ungdommen igjen, kan tolkes som at forelderen har mer behov for støtte i form av at en annen voksenperson, som kjenner ungdommen, ser hen og kan vurdere om det går bra eller ikke. Ønsket om forlenget hjelp er også et uttrykk for vissheten forelderen har om at endring tar tid, og at forbedring kan gå litt opp og ned.

På spørsmål om varigheten av tiltaket sa flere foreldre at de iallfall ikke så for seg at det kunne vare kortere enn 12 måneder med tanke på alle feriene i løpet av året. Enkelte pekte også på at lengre ferier eller overgang til ny skole skapte en uro eller usikkerhet for hvordan det kom til å gå med barnet/ungdommen. En av ungdommene som fremdeles mottok hjelp fra ABT, fortalte at hen tror det hadde vært nok med 6 måneder, fordi det ikke hadde vært noen problemer den

siste tiden. Forelderen til ungdommen fortalte på sin side at hen skulle ønske tiltaket kunne vare lenger, ikke nødvendigvis fordi hen opplevde at barnet fortsatt trengte hjelp på flere arenaer, men fordi hen selv hadde fått så god relasjon til terapeuten.

Jeg vet at hen [terapeuten] bare har et år, men jeg ønsker flere år, fordi jeg ønsker også hjelp neste år. Jeg vil ikke ha noen andre team. Jeg vil bare ha hen [terapeuten]. Nå kjenner vi hen. (ABT forelder)

Som i eksempelet over ser det også her ut som forelderen ønsker lengre varighet enn ungdommen, og dette kan være et uttrykk for at dette er foreldre som har lite nettverk av andre voksenpersoner rundt seg. En av foreldrene fra en av de avsluttede sakene beskrev hvordan forholdet til terapeuten hadde hatt stor betydning, ikke bare for hjelpen som var gitt barnet, men for hele familien.

Jeg skulle ønske at alle barn som trenger hjelp i landet, kan få hjelp fra dette teamet. Jeg kommer aldri til å glemme det, og det kommer til å sitte i minnet mitt lenge. (ABT forelder)

Den ene ungdommen som hadde avsluttet tiltaket, beskrev også selve avslutningen som følelsesladet og opplevde det som spesielt betydningsfullt at terapeuten hadde brukt tid på å bli kjent med familien.

[Terapeuten] ble liksom veldig godt kjent med familien min [...]. Og så siste dagen, så tok hen [terapeuten] med kake til oss, sånn en stor kake. Og så var hen veldig, hen var veldig snill. Og hen er sånn, jeg kommer aldri til å glemme hen, da. Hen var så fin. (ABT ungdom)

Familienes opplevelse av å ikke ville gi slipp på terapeuten samsvarer godt med opplevelsen av å endelig bli sett og hørt, som vi har vært inne på flere ganger. Vårt overordnede inntrykk er at selv om det oppleves brått og trist at tiltaket avsluttes, ser det ut til at familiene klarer seg selv. Det ser også ut til å være noe variasjon i hvor lenge ungdommene og foreldrene ønsker hjelp. Vi har ikke grunnlag for å si om det går bra med dem i et lengre perspektiv, eller hvordan de har blitt fulgt opp av de andre instansene i perioden etter avsluttet tiltak. Det eneste vi vet, er at barneverntjenestene ikke har mulighet til å tilby like tett oppfølging som tiltakene, ettersom saksbehandlere i barnevernet har flere saker hver enn terapeutene i ABT. I neste kapittel ser vi mer på dette og undersøker hvordan ansatte i barneverntjenestene selv ser for seg å ta over sakene igjen.

Oppsummering av ABT

Styringsdokumentet som ABT jobber etter, bygger på tidligere forskning om barn og unge med adferdsvansker, et teoretisk traumeperspektiv og de ansattes egne erfaringer med denne målgruppen fra de første tre årene. I løpet av de tre årene har teamet skiftet navn, vokst som team og åpnet opp for å jobbe med yngre barn. I prosessen med etablering av tiltaket har teamet etablert en

traumeinformert arbeidskultur der det gis rom for å være sårbar og be om hjelp og støtte fra hverandre. I denne studien har vi sett at de månedlige saksbehandlingsmøtene utgjorde viktige rom for debrifing, lederstøtte og veiledning. De ansattes kollektive erkjennelse av alvorlighetsgraden i flere av sakene de jobbet med, så ut til å ha betydning for at kollegastøtten verdsettes og prioriteres. Arbeidskulturen bar også preg av å være mer innsatsbasert enn resultatbasert, der suksess ikke handlet om at alle målene som var satt for familien, var oppnådd idet tiltaket ble avsluttet, men at terapeutene hadde gjort det de kunne for å stabilisere familien, koble på og koordinere alle relevante instanser og vist familiene hvilken hjelp som er mulig å få, og hvordan de kan få den. Arbeidskulturen bar også preg av høy grad av fleksibilitet både innad i teamet og utad med familiene. De ansatte, det vil si ledelsen og terapeutene, fremstod omforente om hvordan det arenafleksible arbeidet skulle gjøres, noe som kommer til syne i det mye brukte begrepet «riggen vår».

Samtlige foreldre vi har intervjuet, var positive til hjelpen de hadde fått av ABT og synes å ha fått en bedre hverdag, mens ungdommene var delvis fornøyde og delvis nøytrale til hjelpen de mottok fra ABT. Det så også ut til å være noe variasjon i hvor ofte terapeutene hadde hatt kontakt med ungdommene. Funnene våre tyder på at terapeutene gjorde mye for å komme i posisjon til å hjelpe ungdommene, men at tett kontakt ikke var en absolutt forutsetning for å hjelpe familiene. I flere av tilfellene hvor terapeutene hadde hatt lite kontakt med barnet, hadde barnet hatt jevnlig kontakt med helsetjenesten.

Når det gjaldt familienes egne beskrivelser av utfordringsbildet, var det i tillegg til rus eller voldelig utagering ofte snakk om uoppdagede diagnoser og at ABT kom inn i bildet samtidig som en diagnose ble avdekket. Det er derfor vanskelig å si om familienes opplevelse av å ha fått en bedre hverdag var på grunn av hjelpen de hadde fått av ABT, eller på grunn av at barnet hadde fått riktige medisiner. Samtidig så det ut til å være svært nyttig at terapeutene støttet foreldrene i hvordan de kunne leve med barn med diagnoser, samtidig som de støttet skolen med tilrettelegging av undervisningen. Andre ganger, og ofte i kombinasjon med uoppdagede diagnoser, ble skolen beskrevet som den største utfordringen av foreldrene, spesielt at skolen ikke hadde tilstrekkelig tilrettelagt for eller undersøkt barnets behov.

Intensjonen om å jobbe systemisk og arenafleksibelt understøttes av at det de ansatte fortalte, i stor grad samsvarer med det samarbeidspartnerne sa. Samarbeidspartnerne fra skole og politi opplevde samarbeidet med ABT som positivt og bedre enn det de var vant til fra å samarbeide med enkelte instanser, som barneverntjenesten. Skoleansatte fortalte også at de selv følte seg mer ansvarliggjort når ABT var påkoblet saken. Både de ansattes beskrivelse av det systemiske arbeidet og det teoretiske traumeperspektivet samsvarer med den sosialøkologiske systemteorien om hvordan ulike sosialiseringssnivåer påvirker individet gjennom hele livsløpet (Bronfenbrenner, 2005).

Selv om ABT ser ut til å være et velfungerende tiltak, har vi funnet noen sårbarhets- og risikofaktorer som utgjør et potensial for forbedring. Mye av arbeidet som gjøres både når det gjelder stabilisering og koordinering, handler om å være fleksible for familienes behov og klargjøre familien for endringsarbeid. Det er en risiko for at dette arbeidet fremstår som mindre synlig for barneverntjenestene enn selve endringsarbeidet og potensielt tar uforholdsmessig mye tid i forhold til den terapeutiske delen. Koterapeutens rolle overfor familien var ikke formalisert og så ut til å være lite brukt. Kun én av familiene vi har intervjuet, fortalte at de hadde truffet mer enn én terapeut, men dette var på grunn av permisjon/fravær. Selv om familiene opplevde det som trygt og positivt å ha en terapeut å forholde seg til, er det en risiko for at de plutselig må forholde seg til en ny person ved eventuell sykdom eller permisjon blant terapeutene. Barnet/ungdommen som tiltaket er vedtatt for, har gjerne søsken som har vokst opp med de samme livsbetingelsene og/eller kan ha behov for hjelp og støtte som pårørende til ungdommens utagerende adferd. Hvis ikke søsknene får hjelp av ABT eller andre tjenester/tiltak, er det en risiko for at familiene ikke får den helhetlige hjelpen de har behov for.

6 Forholdet mellom tiltakene og barneverntjenestene

I dette kapittelet gir vi en samlet beskrivelse av hvordan forholdet til barneverntjenesten ble beskrevet i dokumentene vi har tilgang til, av de ansatte i de to tiltakene og saksbehandlere i de to barneverntjenestene vi har intervjuet. De tre saksbehandlerne hadde samarbeidet med teamene i én til tre saker hver.

I tillegg til intervjuene har vi deltatt på et statusmøte med en av de intervjuede saksbehandlerne og AFT, hvor en forelder som hadde samtykket til å delta i forskningsprosjektet, var til stede, samt et evalueringsmøte mellom en tredje barneverntjeneste (saksbehandler 4) og ABT. Selv om forholdet til barneverntjenesten utgjør en liten del av denne studien, velger vi å presentere analysen separat ettersom barneverntjenesten har en annen rolle overfor tiltaket enn samarbeidspartnerne som er omtalt i de to forutgående kapitlene.

Før tiltaket starter – bestillerkompetanse

Barneverntjenestene i de ulike bydelene i Oslo bestiller arenafleksible tiltak når det vurderes at de selv ikke har tilstrekkelig med ressurser (tid og/eller tilbud) til å hjelpe barnet/ungdommen og familien som helhet. Ofte er det snakk om at barnet eller familien har flere utfordringer samtidig, og at familien derfor trenger noe mer enn tiltak på enkelte arenaer som støttekontakt, miljøarbeider, familieveiledning og så videre. Saksbehandler i barneverntjenesten fyller da ut et henvisningsgrunnlag som sendes til inntaksavdelingen i BFE.

Ansatte fra begge tiltak fortalte at de opplevde at det var stor variasjon i hvilke bydeler som brukte dem mye og ikke. Denne variasjonen henger sammen med hvilke utfordringer den enkelte bydel har, kombinert med hvilke andre tiltak og ressurser bydelen selv kan tilby. Ansatte i ABT fortalte at det var flere bydeler som hadde egne arenafleksible team og derfor brukte dem mindre. I bydelene som brukte tiltakene sjeldnere, hadde ABT opplevd at henvisningen enkelte ganger hadde blitt trukket tilbake når saken skiftet avdeling i barneverntjenesten, eller hvis saken var blitt overført til en ny bydel/kommune. Ifølge ABTs interne statistikk hadde barneverntjenesten sagt opp tiltaket i omtrent en femtedel av sakene. Vi har ikke kjennskap til om det er fordi selve henvisningsgrunnlaget (altså utfordringsbildet) hadde endret seg, eller om det var endring av saksbehandler/avdeling/bydel som var årsaken.

Som vist i de to forutgående kapitlene, fortalte både ansatte fra AFT og ABT at de ofte opplevde at de ble koblet på «for sent» i tiltaksforløpet. De ansatte uttrykte samtidig forståelse for at bydelene ønsket å prøve rimeligere tiltak før de henviste til dem, men skulle ønske barneverntjenestene var flinkere til å tenke på tiltaket som forebyggende og ikke når alt annet var prøvd ut. I en av

bydelene som brukte ABT ofte, fant vi eksempler på at henvisning hadde skjedd allerede i undersøkelsesfasen, da hadde gjerne saksbehandler eller barnevernsleder vært i kontakt med teamene og diskutert på forhånd om tiltaket kunne passe for familien, og hvilken informasjon som måtte med i henvisningsgrunnlaget. Dette er en form for samarbeidsmodell som svarer på terapeutenes behov for å ha kontakt før henvisningen skjer.

Det er mange hjelpetiltak som kommer inn helt på tampen når det nesten er for seint. Og ikke som forebyggende. Bydelene tar seg ikke råd til oss før det nesten er for seint. Noe som igjen handler om økonomiske rammer. (ABT ledelse)

Jeg tenker at det skulle vært lavere terskel for å drøfte med oss, og kanskje vurdere oss. Problemet er vel ikke at vi ikke er første tiltak i rekken. Problemet er at vi ofte er helt sist i rekken, når alt annet er prøvd. (ABT terapeut)

Når familiene ble henvist til ABT som et ledd i en rekke av mange andre tiltak, opplevde terapeutene enkelte ganger at det kunne virke som om barneverntjenesten hadde gitt opp familien og heller ikke hadde noen særlige forventninger til dem som tiltak. Her følger utdrag fra et av gruppeintervjuene der terapeutene diskuterer dette seg imellom:

Og så noen ganger så opplever jeg at det er konsensus om at her er det veldig alvorlig problematikk, og vi tror ikke at dere kommer til å få til noen store endringer, men vi tenker at dere må være inne for å kunne hjelpe dem å holde ut, eller noe sånt.

Det er litt som å tenne lys som blir blåst ut, og så gjør man det hele tiden, på en måte.

Hvis du skjønner hva jeg mener, ofte så opplever jeg at barneverntjenesten ikke har de forventningene til oss, at de egentlig tenker at vi ikke kommer til å føre frem.

Det er litt sånn siste utvei.

Jeg kan føle det sånn, det spørres på type sak, selvfølgelig, hvor lenge de har vært i barnevernet, hvor mye som har blitt prøvd ut.

Men ja, det kan være litt sånn siste utvei. At det er sånn «vi vet ikke hva vi skal gjøre, vi er kjempebekymret» [fra barnevernet].

Det kan også være sånn «vi venter på en institusjonsplass enn så lenge». (ABT terapeuter)

Ansatte i AFT problematiserte ikke hvilke forventninger barneverntjenesten kunne ha til dem, men opplevde i likhet med ABT at barneverntjenestene brukte dem som siste utvei før institusjonsplassering.

Jeg har inntrykk av at vi kanskje i økende grad får de sakene som er helt på felgen, egentlig så skulle de vært plassert, men i et siste desperat forsøk på å unngå den kostnaden så sender barnevernet barnet til oss. (AFT terapeut)

Som beskrevet i de to forutgående kapitlene er vårt overordnede inntrykk at ansatte i begge tiltak var opptatt av å se muligheter istedenfor begrensninger, slik opplevelsen av å «bare» være et tiltak i påvente av institusjonsplass, eller forventningen om at saken ender der uansett, kunne være. Samtidig har vi ikke inntrykk av at det at tiltakene settes inn for sent, gjaldt alle saker eller alle bydeler, slik som en av de barnevernansatte vi har intervjuet, påpekte.

De gangene jeg har satt inn AFT, så har jeg satt inn det etter å ha vært ferdig med en kartleggingsperiodeundersøkelse. Og da trenger jeg ikke ha prøvd alt mulig annet, men det jeg kan se, er at denne familien er i såpass stort behov for hjelp, at de tiltakene, de mer lavterskeltilbudene vi har, ikke er gode nok. Fordi at problemstillingen i familien er såpass sammensatt og stor, at det ikke vil hjelpe. Og da går vi et hakk opp. Det er sånn jeg tenker. (Saksbehandler 1)

Det at saksbehandleren i denne bydelen mente at det ikke måtte være satt inn mange tiltak før det arenafleksible, kan henge sammen med kunnskapsnivået om hva tiltakene er og kan tilby. Dette var også noe de ansatte i begge tiltakene pekte på. De ansatte fortalte at noe av utfordringen ligger i at det er store utskiftninger i barnevernet, noe som gjør at selv om enkelte bydeler har hatt god kunnskap om hva de gjør, så kan den kunnskapen forsvinne dersom saksbehandlere de har samarbeidet med, slutter. De ansatte opplevde også at barneverntjenesten ikke alltid visste hva slags tiltak AFT eller ABT var, forskjellen på dem, hva de kan tilby, og hva de ikke kan bidra med.

Det er noe vi snakker om nå, for vi driver og prøver å få flere til å henvise til oss, og da er det noe med å signalisere ut: Hva er det vi egentlig gjør, hvordan skal vi nå ut riktig? (AFT terapeut)

Så dit vi er på vei nå, med å tydeliggjøre litt mer hva vi er, og hva vi kan tilby, og enda mer avklare på forhånd [med barneverntjenesten], vårt mandat. (ABT terapeut)

De ansatte pekte også på at saksbehandlers erfaring med det ene arenafleksible tiltaket kunne føre til feiloppfatning av hva det andre arenafleksible tiltaket kunne tilby. Dette gjaldt spesielt om tiltakene hadde miljøterapeut eller ikke. Som nevnt i forrige kapittel opplevde ansatte i ABT i begynnelsen en forventning om at de kunne tilby miljøterapeut, fordi AFT hadde det mens AFT på sin side opplevde at enkelte saksbehandlere som kun hadde erfaring med ABT, ikke visste at ~~de~~ hadde miljøterapeut, og at dette i verste fall kunne føre til at de anså AFT som uaktuelt.

Mens vi har en del som har vegret seg litt fra å ta imot vårt tilbud fordi det ikke har vært ... de tror at vi ikke har miljøterapeuter, og hva er det dere på en

måte bringer til bords, som er noe annet enn det vi allerede har hatt inne av tiltak. Så jeg tenker den forvirringen er dessverre fortsatt gjeldende, altså. (AFT ledelse)

I tillegg til manglende kjennskap pekte flere på at tiltakene kunne forveksles med hverandre fordi forkortelsene er så like. Det kan også ha skapt noe forvirring at ABT tidligere het AFT-A. I intervjuene vi har gjennomført med barnevernansatte, fremstår det likevel som at de har god forståelse av hva som er hva. Dette har åpenbart sammenheng med at vi har intervjuet ansatte som hadde erfaring med minst ett av tiltakene og støtter det terapeutene sa om at de som har erfaring med tiltakene fra før, også henviste oftere og riktigere.

Når vedtaket er på plass – rolleavklaring og kommunikasjon

Når vedtaket om AFT/ABT er gjort, gjennomføres det et oppstartsmøte med barneverntjenesten hvor det redegjøres for at teamet eller den enkelte terapeut ønsker å ha en koordinerende rolle i instanssamarbeidet. Ifølge ABTs interne rutiner skal det på oppstartsmøte avklares hvilke forventninger og behov teamet har til barnevernets deltagelse i prosessen. Teamet ber samtidig om oversikt over involverte instanser og viktige deltagere rundt barnet/familien og om familien har samtykket til samarbeid med dem. Hvis det gjennomføres ansvarsgruppemøter i regi av barneverntjenesten, kan terapeuten eventuelt lede disse. Terapeutene i ABT fortalte at det varierer både innad i og mellom bydelene hvor mye av den koordinerende rollen saksbehandlerne i barneverntjenestene ønsker å ha selv. Enkelte fortalte at de hadde møtt på saksbehandlere i barnevernet som var så vant til å ha en koordinerende rolle at de helst vil fortsette å ha det, men da skulle det være gode grunner til det.

Vi ønsker, hvis ikke det er spesielle forhold, å være koordinator. Selvfølgelig ser vi mer på det hvis noe annet er bedre, men vi har jo lagt det inn i vår rigg. Og det er jo en grunn til det, det er fordi at vi ønsker å ha hyppig kontakt med alle og være bindeleddet og skape den felles forståelsen. (ABT terapeut)

Terapeutene i ABT fortalte likevel at de fleste saksbehandlerne de hadde samarbeidet med, var glade for at terapeutene tok over koordineringen, og satte pris på jevnlige oppdateringer og at dette nå var en del av riggen.

Det er en del saksbehandlere som sa at de synes at det er fantastisk når vi er inne, og at de vet at vi har hyppige innsjekkmøter og viser dem det og det skjer [...] Men der har vi i hvert fall laget en bedre rigg, med at vi har innsjekk med de i forhold til samarbeidet. (ABT terapeut)

Vi snakket jo om det senest i dag, det der med å ha hyppig kontakt, og jeg pleier, selv om de [barnevernet] på en måte lener seg tilbake, og de tar veldig sjelden kontakt med meg i noen saker, så tenker jeg sånn, nå sender jeg en mail bare for å oppdatere om hvor jeg er på vei, eller nå vil jeg bare at de skal vite at jeg gjør det på denne måten her, så tar jeg kontakt for å gi dem

beskjed. Og da blir de sånn «å, det var godt med en oppdatering, det er fint» [...] for det er jo de som skal holde i saken videre. (ABT terapeut)

Selv om terapeutene ønsket å ta over instanssamarbeidet, var de opptatt av at det var barneverntjenestene som hadde det overordnede ansvaret for saken, spesielt med tanke på hvilke andre tiltak som eventuelt måtte settes inn.

Så er det selvfølgelig viktig at de [barneverntjenesten] ansvarliggjøres. Vi tar ikke de valgene som barneverntjenesten tar, og vi står jo i veldig alvorlige saker, så av og til så må de ta akuttvurderinger, skrive et vedtak, de må for eksempel sette på mer kompenserende hjelp i hele familien, for eksempel miljøterapeut, da må vi være hyppigere i møte med barneverntjenesten og si noen valg vurderinger og avklare med dem. (ABT terapeut)

Det at barneverntjenestene er seg bevisst eget ansvar, for eksempel ved behov for kompenserende tiltak, og i oppfølgingen av familien etter tiltaket, samsvarer godt med hvordan forholdet til tiltakene ble beskrevet av saksbehandlerne i bydelen som brukte tiltaket ofte.

Jeg opplever at det er ganske avklarte roller. Vi har blitt enige om å oppdatere hverandre en gang i uken, for eksempel, fordi det skjer veldig mange ting. Mye praktisk, mye som må avklares. I tillegg til evalueringer og rapporter, at de har tatt ansvar for samarbeidsmøter med skole, for eksempel. Ta litt den koordineringen. Og at vi bare, ja, vi har lav terskel for å ta kontakt. Det synes jeg vi har. (Saksbehandler 2)

[...] For vi skal jo vite hva som skjer i saken. For jeg synes jo ofte at de kan holde på. Vi har så mye saker og så mange krevende saker, så vi holder på med mye annet. Og så holder de på litt der, da. Så jeg synes det er helt naturlig og veldig fint. Jeg kunne egentlig i begynnelsen bli litt sånn: «Jøss, skal ikke jeg være med? Skal dere også?» Sånn sett har det vært veldig lett. Så jeg synes at det er viktig at barneverntjenesten også er med, som skal fortsatt ha ansvar for saken, etter at AFT og ABT trekker seg ut. (Saksbehandler 1)

[...] De er jo tiltak som vi har bestilt, og vi har ansvar for å følge opp at det er godt nok, og at man er på riktig vei. Og for eksempel i skolemøter så snakker man jo om veldig mye annet. Og det er det barnet som trekkes frem og deres behov. Og da er det jo ekstra viktig at vi følger opp, ja. Er vi der vi skal være i forhold til det. Plutselig dukker det opp andre behov. Barnet trenger en miljøarbeider. Det er jo vi som er barnevernet. (Saksbehandler 2)

Som vi ser av sitatene, var saksbehandlerne i denne bydelen opptatt av å delta på samarbeidsmøtene, spesielt med skole, og fortalte at de hadde jevnlig kontakt med terapeutene via telefon. I denne bydelen ble det også gjennomført statusmøter på ledelsesnivå hvor alle sakene der AFT/ABT var involvert, ble gjennomgått. Ettersom dette er en bydel som har samarbeidet mye med

tiltakene, er ikke nødvendigvis denne samarbeidsmodellen representativ. Ifølge de skoleansatte og den politiansatte vi intervjuet, hadde det nemlig variert hvor ofte saksbehandlerne deltok på samarbeidsmøtene etter at AFT eller ABT tok over koordineringen, og dette ble pekt ut som en sårbarhetsfaktor. I det ene evalueringsmøtet vi deltok på, fortalte saksbehandleren at hun ønsket å delta i møter, men at det var en prioriteringssak.

Personlig ønsker jeg å være med [i møte med skolen], selv om jeg får referat, med mindre det blir nedprioritert på grunn av andre eller mer akutte saker.
(Saksbehandler 4)

Den mest åpenbare ulempen ved at tiltakene tar over koordineringen og saksbehandleren *ikke* deltar i møtene, som flere pekte på, er at tilliten som terapeutene bygger opp, ikke automatisk overføres til saksbehandleren.

De får ofte gode relasjoner, bygger opp tillit, men så blir det dyrt når de trekker seg ut. Barnevernet må bygge opp igjen tilliten etter AFT er borte. Da må man begynne litt på nytt igjen. Da er det bare oss igjen. Noen saker trenger man å jobbe med familien ett år. Det kan man gjøre her i barnevernet også. (Saksbehandler 3)

En annen utilsiktet ulempe ved at et eksternt tiltak tar over koordineringen for barnevernet, er at familiene kan velge å ikke forholde seg til barneverntjenesten når de eksterne tiltakene er inne. En av saksbehandlerne fortalte at dette hadde skjedd i en familie når det gjaldt skolesamarbeidet.

Jeg ville delta på skolemøtene. Det ville ikke foreldrene – de ville bare ha kontakt med AFT fordi foreldrene hadde en dårlig opplevelse med barnevernet fra før. Men hun terapeuten der var veldig flink, da, og hun oppdaterte meg veldig ofte. Så samarbeidet fungerte. Fikk til et godt endringsarbeid med foreldrene der etter hvert. (Saksbehandler 3)

Betydningen av hyppig kontakt mellom tiltak og barneverntjeneste fremstår altså som sentralt for at ikke tilliten som tiltakene bygger opp, går til spille. Terapeutene kunne også være en støtte for saksbehandler når det for eksempel forelå uenigheter mellom barnevernet og familien.

Men da er det godt å ha ABT, fordi familiene skiller litt på barnevernet, og det å høre at det er flere som tenker det samme. Det er ikke bare «hun der på barnevernkontoret» som tror at barnet mitt ikke er ... Det har jeg opplevd som en styrke her, at det er veldig god tillit til ABT, og bruker det for alt det er verdt. Da kan jeg godt være hun som er litt kjip, men så liker de veldig godt kontakten med terapeuten der, så vi spiller på hverandre. (Saksbehandler 2)

Det at saksbehandleren oppfattet at familien hadde tillit til tiltaket, samsvarer godt med familienes erfaringer, og som vi kommer tilbake til, kan kanskje noe av den tilliten drysse videre på barnevernet. Det at terapeuten og saksbehandleren spilte hverandre gode, og ikke jobbet mot hverandre, så ut til å være en

sentral faktor for forholdet mellom tiltak og barneverntjenesten. Tiltakenes kartleggingsrapport kunne for eksempel bidra til å bekrefte de fornemmelsene barnevernet hadde om hvordan det stod til med familien.

Og så kom det frem at det er vanskelig å kartlegge her, for da var det jo pågående vold og konflikter. Men da var det egentlig fint for oss å få en sånn helt tydelig vurdering. Det var jo det samme som vi har vurdert, men å få det tydeliggjort og gjentatt. Her får vi ikke til endringsarbeid hvis ikke denne situasjonen stopper. Her må volden opphøre. (Saksbehandler 2)

Gjennom helhetlig kartlegging og tett oppfølging av familiene ser tiltakene ut til å supplere barneverntjenestens utfordringsbilde, som de trenger for å gjøre gode beslutninger. En annen merverdi som en av saksbehandlerne trakk frem, var at terapeutene hadde mulighet til å være mer «på» med tanke på skole, og at de var spesielt gode på å få til skolesamarbeidet.

Det er AFT som har fikset, og det er jo helt utrolig at de har fått det til, bare det de har fått til. Og det har vært veldig tidsbesparende for meg, selvfølgelig. Jeg hadde antagelig ikke fått til det samme som dem, fordi du sitter der og jobber med 20 andre saker. (Saksbehandler 1)

Ja, på generell basis så tenker jeg at det kan hjelpe til at man pusher litt på i forhold til PPT, og det vet jeg ABT i mitt tilfelle her også har vært veldig åpne om tidlig, at vi er veldig vant til å samarbeide med PPT og snakker gjerne med skolen om behov for det her. (Saksbehandler 2)

Vårt overordnede inntrykk er at samarbeidet med barneverntjenestene fungerer bra når forventningene til hverandre og ansvarsfordelingen avklares på forhånd og underveis. Saksbehandlerne vi har intervjuet var overordnet fornøyde med måten tiltakene jobbet på.

Nei, jeg har bare lyst å si «keep up the good work», og fortsett å være lett tilgjengelige for oss, sånn cirka, og veldig fint at de har kapasitet når vi trenger det. (Saksbehandler 1)

Våre familieveiledere er også veldig fleksible og jobber i en sak over tid hvis det er behov for det. Hvis en sak har vært her i flere år, så kan AFT komme inn i en annen posisjon, da, se om de klarer å skape en annen effekt, gjøre en endring eller få mer tillit. I de tre sakene jeg har hatt, har de jo fått til en endring, faktisk. (Saksbehandler 3)

I begge saksbehandlerintervjuene fremstod det som at tiltakene anses som et supplement til barnevernets arbeid med familien og ikke en løsning på alle problemene. Vi anser dette som et viktig suksesskriterium både for målet om ansvarliggjøring av relevante instanser og målet om å istandsette foreldrene til å benytte seg av hjelp fra ulike instanser når tiltaket avsluttes.

Etter at tiltaket er avsluttet – hva nå?

Den viktigste kunnskapsoverføringen i avslutningsfasen er sluttrapporten som tiltakene skriver til barneverntjenestene. I en av sluttrapportene vi har fått tilgang til, anbefales det «at foreldrene får tilbud om å kunne ta kontakt med kontaktperson i barneverntjenesten i en periode etter tiltakets avslutning» (ABT sluttrapport udatert). I denne saken hadde foreldrene selv uttrykt dette ønsket på bakgrunn av god relasjon til kontaktpersonen i barnevernet. Vi vet ikke på hvilket grunnlag denne relasjonen har blitt etablert, kontaktpersonen kan for eksempel ha etablert denne relasjonen selv ved å delta i møter etc. En mulig tolkning er at innsatsen som terapeutene gjør i relasjonsarbeidet, kan bidra til bedre kommunikasjon mellom barnevernet og enkelte familier.

For å sørge for at overgangen blir lettest mulig både for familien og for saksbehandleren i barnevernet, kan terapeutene komme med anbefalinger til hvordan relasjonen kan opprettes. I et av behandlingsmøtene vi observerte, sa terapeuten at den viktigste anbefalingen til barnevernet når de skal ta over, var at de måtte gi ungdommen tid, og at det var viktig at de så hva som lå bak ungdommens handlinger, og ikke pushe hen for mye (ABT behandlingsmøte sak 3). Terapeuten ville også skrive i avslutningsrapporten hvordan hen sammen med ungdommen hadde kartlagt alle skoleansatte slik at ungdommen kunne få fortelle hvem av de skoleansatte hen hadde best relasjon med, og ville foreslå at barnevernet gjorde noe lignende for å sikre ungdommens medvirkning når det gjaldt skole.

I enkelte saker vi har fått kjennskap til, var det nødvendig at barnet/ungdommen midlertidig flyttet til institusjon for å avlaste foreldrene etter endt tiltak. Dette gjaldt spesielt for AFT, som beskrevet i kapittel 4. For ABT kunne det som nevnt i kapittel 5 være at plassering allerede var planlagt fra barnevernets side. Vi har ikke oversikt over hvor ofte en planlagt plassering blir gjennomført eller ikke, men vi vet at ABT i enkelte saker har klart å unngå plassering utenfor hjemmet *etter* at barneverntjenesten og tiltakene selv har ansett det som nødvendig (ABT behandlingsmøte, sak 2). Blant barneverntjenestene så det ut til å være delte meninger om hvorvidt tiltakene har høy eller lav terskel for plassering.

De har høy terskel for plassering. Barnevernet kan ikke i etterkant si at det skal være plassering, hvis AFT/ABT sa at det ikke skal bli det. Så deres faglige vurdering veier tungt. De har faktisk en del makt. Vet ikke helt hva jeg tenker om det. Blir spennende å se over tid hvordan det går i disse sakene. Mor i den ene saken har kanskje tatt mer imot veiledning enn det vi har trodd. (Saksbehandler 3)

Som det fremgår av dette sitatet, anså saksbehandleren i barnevernet at hen kanskje hadde undervurdert foreldrene, men at hen samtidig var usikker på hvordan det ville gå med familien i det lengre løp. Dette er et sentralt spørsmål for videre forskning. På spørsmål om hvordan det blir å ta over koordinatørrollen igjen når tiltaket skal avsluttes, forklarte en av saksbehandlerne at samarbeid

med andre instanser uansett er en del av jobben, men at det som kanskje er forskjellen, er at situasjonen krever færre møter i saken enn når tiltaket startet.

Da er det kanskje ikke behov for ukentlige møter med både NAV og skole og boligselskaper og hele det apparatet. Da tåler man jevnlig skolemøter og, ja, det som eventuelt trengs. (Saksbehandler 2)

Som det kommer frem av dette sitatet og intervjuene med saksbehandlerne generelt koordinerer og deltar barnevernet i instansmøter både før og etter at de arenafleksible tiltakene har vært inne. En sentral forskjell er at tiltakene opererer med færre saker per person enn barneverntjenesten, og dette ser ut til å være positivt for det systemiske arbeidet tiltakene gjør.

Når det gjelder varigheten på tiltaket, vet vi fra ABTs interne statistikk at over antall saker de første tre årene kan det se ut som under halvparten av sakene var blitt avsluttet som planlagt, det vil si etter cirka et år. Den vanligste årsaken til at tiltaket ble avsluttet før tiden, var at barneverntjenesten avsluttet tiltaket. I et av behandlingsmøtene vi deltok på, kom det frem at en familie hadde klaget til barneverntjenesten fordi de ikke mente det var riktig å avslutte saken før tiden, teamet støttet foreldrene i dette. Andre årsaker til at tiltaket avsluttes før 12 måneder, kunne være manglende samtykke fra barnet/ungdommen til å samarbeide med andre tjenester.

Det at flere av sakene ikke gjennomføres på normert tid, kan være en indikasjon på at kunnskapen om hva tiltakene kan tilby, er for lav i enkelte barneverntjenester, eller at de får henvisningen «for sent», som ansatte fra begge tiltakene hevdet. For eksempel kunne det vise seg at barnet/ungdommen hadde behov for mer omfattende hjelp enn det tiltakene kunne tilby. Variasjonen i når i problem- eller sykdomsforløpet tiltakene ble satt inn, innebar at mengden systemisk og stabiliserende arbeid som måtte gjøres for å få til en endring, varierte, og dermed også den enkelte terapeutens arbeidsbelastning. For å unngå at dette kunne føre til overbelastning, så god leder- og kollegastøtte, som nevnt i kapittel 4 og 5, ut til å være betydningsfullt. Hyppig kontakt med saksbehandler i barneverntjenesten, som både de ansatte i tiltakene og saksbehandlerne hadde positive erfaringer med, så ut til å være en nyttig plattform for justering av barneverntjenestenes forventninger til tiltaket.

7 Diskusjon og anbefalinger

I dette kapittelet svarer vi på forskningsspørsmålene jamfør operasjonaliseringen presentert i kapittel 1: *arenafleksibilitet i teori og praksis, familienes erfaringer med arenafleksibel hjelp, forholdet til barneverntjenestene og instanssamarbeidet, og forslag til justeringer og oppfølging av måloppnåelse*. I diskusjonen peker vi spesielt på likhetstrekk mellom de to tiltakene som kan bidra til forståelsen av hva det vil si å jobbe arenafleksibelt, og dermed svare på det overordnede forskningsspørsmålet *om de to arenafleksible tiltakene fungerer etter intensjonen om å jobbe på og med de arenaene der barnet/ ungdommen eller familien har mest utfordringer og trenger hjelp*. I den avsluttende delen vil vi nærme oss en definisjon av arenafleksibilitet, hvilke generelle anbefalinger vi kan trekke av dette, og forslag til videre forskning.

Arenafleksibilitet i teori og praksis

I dette avsnittet presenterer vi tiltakene med vekt på faglig forankring, forskjellen på de to målgruppene tiltakene er ment for, og hvilken betydning dette har både for hvilke arenaer det jobbes på og for den interne organiseringen.

Faglige forankringer

Tiltakenes faglige forankring handler både om hvilke teorier og tilnærminger som presenteres som viktige i tiltakenes styringsdokumenter, hvilke tilnærminger til familiebasert behandling vi kan se ut fra vårt samlede materiale, samt hvilke faglige bakgrunner de ansatte har med seg inn i arbeidet. AFT bestod av et team av både psykologer, familieterapeuter, en sosionom, en sykepleier og en spesialpedagog, mens ABT hadde en hovedvekt av psykologer med spesialisering og et par familieterapeuter.

Arenafleksibelt team psykisk helse (AFT) jobber etter en fagmodell som er eksplisitt forankret i Bronfenbrenners økologiske systemteori og forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer (vedlegg 1, SEM-A). Fagmodellen gjør også eksplisitt rede for hvordan familieterapi brukes i det systemiske arbeidet med familiene. Å jobbe etter en fagmodell så ut til å være nyttig for å samle det tverrfaglige teamet rundt det å jobbe arenafleksibelt med tiltakets målgruppe og det å utnytte den tverrfaglige kunnskapen i teamet på best mulige måte. Dette handler ikke bare om dokumentasjonen av det faglige utgangspunktet for arbeidet, men at denne prosessen også bidro til diskusjoner i teamet om sammenhengen mellom teori og praksis, eller «hvordan vi gjør det i vårt team», som de ansatte sa. Å ha en etablert fagmodell fremstod dermed som et nyttig og levende verktøy både for ansatte og nyansatte.

Arenafleksibelt behandlingsteam (ABT) jobber etter et styringsdokument der teorigrunnlaget er mindre eksplisitt beskrevet. Styringsdokumentet vektlegger

en traumeinformert tilnærming til barnas/ungdommenes adferd. De ansattes beskrivelser av hvordan de jobbet med de ulike systemene «rundt» barnet/ungdommen, lå også nært opp til Bronfenbrenners sosialøkologiske modell selv om den ikke eksplisitt var gjort rede for i tiltakets interne dokumenter. En mulig årsak til at ABT ikke i like stor grad som AFT har formalisert arbeidsmetoden i en egen fagmodell, kan være at de presenteres som Oslos alternativ til MST. Som nevnt innledningsvis er MST et systemorientert hjelpetiltak som har vært gjenstand for mye forskning og ABT kan derfor ha hatt mindre behov for å «selge seg inn». Selv om MST er det hjelpetiltaket som omfangsmessig, det vil si terapeutenes tilgjengelighet når det gjelder tid og sted, ligner mest på de arenafleksible tiltakene, vil vi i den avsluttende delen av dette kapittelet diskutere noen forskjeller.

I kapittel 4 og 5 så vi at ansatte i begge tiltakene var svært opptatt av å få kontakt med og skape tillit hos barnet eller ungdommen de skulle hjelpe. Slik familiene beskrev det, synes begge tiltakene å lykkes mer med dette enn andre instanser hadde gjort tidligere. Det skal sies at begge tiltakene hadde avsluttet enkelte saker der enten barnet eller foreldrene ikke ville samarbeide, men dette var først etter et par måneders forsøk på å komme i posisjon til å hjelpe. Ut fra det samlede datamaterialet vårt ser vi at terapeutens relasjonsarbeid muliggjøres av tiltakenes vektlegging av medvirkning, tid og tillit.

For miljøterapeuten i AFT sin del kunne det handle om å vise tålmodighet, gjøre nye avtaler og møte opp hos familien gang på gang selv om de kunne bli avvist i starten. Det handlet også om å gjøre ulike aktiviteter sammen med ungdommen for så å komme inn på de terapeutiske temaene de skulle snakke om. Det å ha en dedikert ungdomskontakt muliggjorde denne type oppsøkende og relasjonsbyggende arbeid. ABT på sin side tilbød en måneds motivasjonsarbeid til ungdommer som var skeptiske til tiltaket, som en måte å informere på om hva tiltaket kunne hjelpe med. I denne fasen handlet det om å sikre at ungdommen forstod *hva* terapeuten kunne hjelpe med, samt troen på å motta hjelp. Hvis ungdommen samtykket til at terapeutene kunne samarbeide med andre, men likevel ikke ønsket å ha tett kontakt, kunne terapeuten innhente informasjon fra andre personer som var tett på barnet/ungdommen.

I begge tiltakene ser vi at kontakten med barna/ungdommene handlet om å gi dem mulighet til å fortelle om sine erfaringer og perspektiver på en måte som var tilpasset dem. Dette samsvarer med tidligere forskning på medvirkning i barnevernet; det å bli fulgt tett opp av en fast kontaktperson som man får tillit til, ser ut til å være sentralt for å kunne dele tanker om egen situasjon (Paulsen, 2016). I slike situasjoner kan samarbeidsprosesser oppstå der ungdommene har fått tilstrekkelig informasjon og tid og rom til å uttrykke seg og opplever at deres mening blir respektert (Paulsen, 2016).

Foreldrene i begge tiltak trakk likeledes frem at de opplevde seg «sett og hørt» av personer som viste dem respekt. De opplevde også at de ansatte i tiltakene tok dem og familiens utfordringer på alvor. Et sentralt element i familieterapi er å

møte brukerne med en ikke-vitende og ikke-dømmende holdning (Anderson & Goolishian, 1992). Dette var noe flere av familiene vi intervjuet, fortalte at de satte pris på. Slik vi ser det, legger det familierapeutiske perspektivet godt til rette for å få til reell medvirkning med ungdommene og deres familier.

Overordnet ser vi at de to arenafleksible tiltakene jobber med et helhetlig perspektiv på barn og familier og de viktigste systemene rundt barnet, og at de forsøker å gjøre det på en måte som gjør at familien kan ta imot hjelp og få det bedre. Tiltakenes vektlegging av at både barna og foreldrene skal bli sett og lyttet til, samsvarer med tidligere forskning på barn og unge med adferdsvansker, hvor familiebaserte tiltak anses som spesielt virkningsfulle (Berg et al., 2020). I begge tiltakene fremstod familiesystemet, skole og samspillet mellom mikro- og mesosystemet som sentralt. Der AFT bistod og komplementerte helsetjenestene for barn og unge, jobbet ABT parallelt med politi og miljøterapeuter i saker der disse aktørene var involvert. Der AFT tilrettela og hjalp ungdommen å delta i fritidsaktiviteter, var etablerte fritidsarenaer kun én av mange aktører ABT henviste barnet, ungdommen eller familiene til, alt etter hvilke utfordringer barnet/ungdommen hadde.

I denne studien har vi sett at de to målgruppene tiltakene er ment for, har betydning for hvilke systemer det er nødvendig å jobbe med, og hvilke det kan være relevant å jobbe med. AFT jobber i utgangspunktet med *innadrettet* problematikk og har rus og kriminalitet som eksklusjonskriterier. ABT jobber i utgangspunktet med *utadrettet* problematikk og har alvorlig suicidalitet som eksklusjonskriterium. En sentral forskjell på de to målgruppene er at unge som sliter med innadrettet problematikk, ikke alltid er like synlige som unge med utadrettet problematikk. Ungdommer som får hjelp av AFT, rammer stor sett seg selv og sin umiddelbare familie som pårørende. Barn og unge som får hjelp av ABT, utgjør ofte en direkte trussel for andre, både egen familie og jevnaldrende. Dette innebærer at det automatisk er flere blikk rettet mot målgruppen til ABT enn målgruppen til AFT. De ansatte i ABT nevnte skole, BUP, politi, konfliktrådet, uteseksjonen, utekontakten, miljøterapeut fra bydelen, fritid og NAV som relevante systemer rundt barnet/ungdommen. De to tiltakenes ulike målgrupper og potensielle samarbeidspartnere så også ut til å ha betydning for den interne organiseringen av arbeidet.

Ressursmessige rammer og intern organisering

Når det gjelder ressursmessige rammer, har vi i denne studien konsentrert oss om de personalmessige rammene. Det vil si den interne organiseringen av teamene, antall saker og familiemedlemmer hver ansatt har kontaktansvar for, og hvilke ulike kontaktflater/møtepunkter dette utgjør. De to tiltakene har organisert arbeidet med familiene forskjellig.

AFT oppnevner en familieansvarlig til å bistå foreldrene, en ungdomsansvarlig til å hjelpe ungdommen, og en skoleansvarlig. Fordelen med å være to–tre ansatte per familie er at familiemøtene gjennomføres sammen, og at den

ungdomsansvarlige og familieansvarlige kan «spille hverandre gode» og bidra til at barnets perspektiv blir fremtredende i familiesamtalen. Fordelen med å ha en egen ungdomsansvarlig ser ut til å være at vedkommende kan bruke store deler av arbeidstiden sin på å få kontakt med ungdommene. Vi ser betydningen av dette i sammenheng med at målgruppen til AFT har færre blikk rettet mot seg og kanskje av den grunn mindre erfaring med å bli henvist til å snakke med ulike instanser. Når det gjaldt familiens opplevelse av å ha hver sin terapeut, var dette en fordel som spesielt kom til syne i saker hvor ungdommen og foreldrene var uenige om noe og trengte å få sin stemme hørt. Både familieansvarlig og ungdomsansvarlig bidro også i det koordinerende arbeidet med instansene. Sammen med skoleansvarlig deltok de på jevnlige behandlingsmøter der kontakten med barn og foreldre var gjenstand for diskusjon og faglig vurdering. Dette muliggjorde et tett og parallelt pågående arbeid med både ungdommen selv, foreldrene og skolen. Fordelen med å ha en spesialpedagog med ansvar for å samarbeide med skolene er skolekompetansen denne besitter. Ulempen er at én person per ansvarsområde utgjør en sårbarhetsfaktor ved eventuell sykdom og fravær. Samtidig lurte vi på om belastningen på skolekontakten kan bli stor dersom AFT har full oppdekning med 15 saker (noe de ikke hadde da denne studien pågikk). Selv om de ansatte i AFT beskrev at de satte pris på kollegaenes brede kompetanse og kollegastøtte, beskrev de en arbeidshverdag der de opplevde å jobbe mye alene. Slik flere beskrev det, ga ikke den interne organiseringen alltid tilstrekkelig tid og rom for kollegial støtte og mulighet for faglig og personlig debriefing innenfor betalt arbeidstid.

ABT har en hovedterapeut per familie som har kontakt med både foreldre, barnet (i den grad det lar seg gjøre), skolen og øvrige instanser. ABT har også en koterapeut per familie som kan bistå hvis det er mange familiemedlemmer eller systemer å ha kontakt med samtidig. Begge terapeutene skal etter planen delta på jevnlige behandlingsmøter der kontakten med barn og foreldre er gjenstand for diskusjon og faglig vurdering. Fordelen med å være en (hoved) terapeut per sak er at hen da kjenner alle forholdene i saken og kan fungere som megler mellom barn og foreldre uten å være en representant for eller «på lag» med noen av partene. Ulempen er at én person per sak utgjør en sårbarhetsfaktor ved eventuell sykdom og fravær. I denne studien ble koterapeut omtalt som en kollega man bare involverte hvis det var strengt nødvendig. Fordelen med at koterapeutrollen ikke er formalisert utover cirka antall timer, er at rollen kan tilpasses familienes behov. Samtidig lurte vi på om de ansatte unngår å involvere hverandre som koterapeut fordi de tenker at alle har nok å gjøre i sine egne saker. I gruppeintervjuene med terapeutene i ABT ble det ikke i like stor grad problematisert at de jobbet mye alene og savnet kollegastøtte, vi har heller ikke spurt dem direkte om hvordan det var å jobbe å mye alene. En mulig årsak til at de ikke selv problematiserte dette, kan handle om hvilken form for arbeidssituasjon de var vant med fra før (som psykolog/terapeut var de gjerne vant med å jobbe mye selvstendig), eller at de fikk tilstrekkelig utløp for det de trengte å diskutere, i de jevnlige behandlingsmøtene. Flere fortalte også at de løste behovet for umiddelbar debriefing ved å

bruke vakttelefonen til å ringe hverandre, på den måten belastet man ikke kollegaer som ikke var på jobb. Enkelte pekte likevel på at arbeidsbelastningen noen ganger var stor, og spesielt når det var mye sykdom og fravær i teamet. Det kan også være vi hadde fått andre svar på spørsmål om arbeidsbelastning hvis vi hadde gjennomført individuelle intervjuer.

Selv om de ansatte i de to tiltakene i ulik grad etterlyste mer kollegastøtte, ble kollegastøtte vektlagt som betydningsfullt i begge tiltak. I denne studien ser vi dette i sammenheng med begge tiltakenes alvorlige utfordringsbilde. På den ene siden kan alvorlighetsgraden føre til en utsatt arbeidssituasjon og i enkelte saker fare for selv å bli truet. På den andre siden kan det å ikke få til ønskede endringer eller forbedringer i familien føles tungt på grunn av konsekvensene for barnet/ungdommen og samfunnet for øvrig. Samtidig er det å jobbe mye alene i krevende situasjoner en sårbarhetsfaktor i begge tiltak. På tross av mye ensomt arbeid og en utfordrende og til tider krevende arbeidssituasjon så begge tiltakene likevel ut til å ha opparbeidet seg en god arbeidskultur der de ansatte ga uttrykk for at de trivdes på jobb. Vi tror dette kan ha sammenheng med hvilket arbeidsmiljø ledelsen la til rette for, slik en av informantene beskrev ABT: «et rom og en åpenhet for at det er bra å være sårbar».

Familienes erfaringer med arenafleksibel hjelp

Familiene vi snakket med i denne studien, var overordnet svært fornøyde med hjelpen de fikk eller hadde fått fra de arenafleksible tiltakene, uansett om hjelpen hadde kommet fra en eller flere personer i teamene. Dette tyder på at de ansatte i begge tiltakene har en felles forståelse av hvordan familiene best kan møtes, og at dette er en arbeidsmåte som treffer familiene godt. Flere foreldre, men også enkelte ungdommer, opplevde at hjelpen skilte seg veldig fra det de var vant til fra andre tiltak eller kontakten med barnevernet generelt. Det å bli møtt av noen som hadde tid og viste interesse for hvordan hver av dem hadde det, og hva de trenger hjelp til, så ut til å være betydningsfullt. Både ungdom og foreldre uttrykte at de følte seg «sett og hørt», hvilket samsvarer med det familieterapeutiske prinsippet om ikke-vitende og ikke-dømmende holdning (Anderson & Goolishian, 1992; Johnsen & Torsteinsson, 2012). Den familieterapeutiske holdningen så ut til å skape tillit og eierskap til «endringsprosjektet» og dermed opplevelsen av at «tiltaket hjalp». Sammenhengen mellom medvirkning og opplevd virkning, samsvarer med tidligere forskning på familiebaserte hjelpetiltak (Ulset et al., 2023).

Det familieterapeutiske relasjonsarbeidet

Av de elleve ungdommene vi har snakket med, hadde alle kontakt med en av terapeutene, men omfanget av kontakten varierte. Noen deltok kun i familie-samtaler, mens andre deltok kun i individuelle samtaler. Ungdommene som hadde god kontakt med terapeuten sin, trakk frem fleksibiliteten i når og hvor de kunne møte vedkommende, som betydningsfullt. Ungdommene som mottok

AFT, satte spesielt pris på at terapeuten tok utgangspunkt i deres interesser og var med på aktiviteter både hjemme og ute, der de også kunne involvere andre venner og viktige voksne. Ungdommene som mottok ABT, fortalte at de spesielt satte pris på å kunne dra på kjøretur eller dra på kafé med venner sammen med terapeuten. I begge tiltakene så vi at terapeutene var opptatt av at ungdommene selv fikk fortelle hvilke relasjoner, aktiviteter og miljøer som var viktige for dem i deres hverdagsliv.

Selv om alle ungdommene hadde hatt kontakt med terapeutene, hadde ikke alle vi snakket med, klart for seg hva som var hensikten med og lengden på tiltaket. Dette tilsier at informasjon om hjelpen som gis, er noe som må gjentas og jobbes med underveis, for eksempel i utarbeiding av delmål. Slike påminnelser kan handle om å minne ungdommene på hensikten med endringsarbeidet og hvorfor delmål frem til hovedmålet er viktig. En forutsetning for å komme i posisjon til å gi og gjenta nødvendig informasjon om tiltaket er at terapeutenes relasjon til barnet/ungdommen er god. Dette samsvarer med tidligere forskning på barn og unges opplevelse av medvirkning i barnevernet (Paulsen, 2016) og fremstod som tidligere nevnt som et viktig mål for ansatte i begge tiltak.

Når det gjaldt foreldrenes relasjon til terapeutene, opplevde så å si alle foreldrene vi har intervjuet, å få gode råd, etterlengtet støtte og veiledning fra teamene, spesielt i møter og samtaler med skole. Det å ha noen på «sin» side i møte med andre instanser så også ut til å bidra til å styrke foreldrerollen. Foreldre uttrykte stor lettelse over at teamene tok over den koordinerende rollen i instanssamarbeidet, slik at familiene fikk mer tid og overskudd til å jobbe med de utfordringene de hadde innad i familien.

Opplevd nytte og økt mestring

En av målsettingene med de arenaflexible tiltakene er at familien skal istandsettes til selv, eller via eget nettverk og andre instanser, å klare omsorgsoppgaven, enten det handler om at barnet har innadrettet eller utadrettet problematikk. For begge tiltakene utgjorde kunnskap om ulike diagnoser, rutiner, motivasjon og grensetting overfor barnet/ungdommen en sentral del av arbeidet med å styrke foreldrerollen. Et sentralt funn er foreldrenes behov for å få denne støtten i form av én-til-én-veiledning og ikke en gang i uken på et kontor. Flere fortalte at det å delta på ukentlig foreldreveiledning var vanskelig å kombinere med jobb og barn.

Både barn og foreldre fortalte at det var mindre konflikter hjemme etter at de hadde deltatt i tiltakene. Det at det er et familiebasert tiltak, ser derfor ut til å være av stor betydning. Flere av barna/ungdommene som får hjelp av AFT og ABT, har søsken som enten bor hjemme, med en annen forelder eller for seg selv. AFT har inkludert søsken i fagmodellen (vedlegg 1, SEM-A) og jobber deretter. Familiene som hadde fått slik oppfølging, var veldig fornøyde med dette. ABT jobbet ikke systematisk med å veilede søsken da denne

evalueringen pågikk, men søskengrupper er ifølge tiltakets oppdaterte nettsider per september 2024 en del av tilbudet.²¹

Familiene opplevde at tiltakene hadde fått skolene til å tilrettelegge bedre for ungdommen. Både ungdom og foreldre fortalte at ungdommene var mer på skolen etter å ha fått hjelp av AFT/ABT. Noen hadde kommet helt tilbake til skolen, mens andre var tilbake en gang i uken eller et par timer om dagen. Flere familier fortalte også om økt interesse for og deltagelse på fritidsaktiviteter, og flere av ungdommene hadde fått deltidsjobb ved siden av skolen med hjelp fra en av terapeutene. Kort sagt så familiene som hadde avsluttet tiltaket på normert tid, ut til å ha det bedre etter at tiltaket ble avsluttet.

I denne studien har vi ikke noe entydig svar på hvordan barna/ungdommene ble ivaretatt av andre instanser etter at tiltakene ble avsluttet. Av familiene som hadde avsluttet tiltaket, var det noen som fremdeles hadde kontakt med barnevernet, og noen som hadde avsluttet kontakten med barnevernet samtidig som tiltaket ble avsluttet. En av ungdommene fortalte at barnevernet ringte for å si at saken var avsluttet, og det var det. På spørsmål om hvordan avslutning av tiltaket hadde foregått, fortalte flere familier hvor trist det hadde vært å si farvel, og flere ga uttrykk for at de skulle ønske at hjelpen kunne vart lenger.

I AFT ble det brukt et erfaringsinnhentingsskjema ved avslutning av sakene for å sikre medvirkning og lærdom til videreutvikling av tiltaket. Barn og foreldre besvarte hvert sitt skjema. I denne studien har vi ikke kjennskap til hvordan resultatene fra disse skjemaene brukes, utover det som beskrives her. ABT hadde ikke et slikt skjema for innhenting av erfaringer. Her ser vi et potensial for erfaringsutveksling og en mulighet for BFE til å utvikle dette til et verktøy som kan brukes for å undersøke brukernes erfaringer i begge tiltakene.

Forholdet til barneverntjenestene og instanssamarbeidet

Et sentralt element i det systemiske arbeidet de ansatte i tiltakene gjorde, var å skape en felles forståelse blant alle aktørene som inngikk i «laget rundt barnet», og sørge for å ansvarliggjøre disse. Ansvarliggjøring handlet ikke minst om vissheten blant de ansatte om at det var de andre aktørene som skulle hjelpe familien når tiltaket ble avsluttet. I dette delkapittelet presenterer vi først tiltakenes forhold til barneverntjenesten deretter skole, psykisk helse, politi, jobb og fritid. Som tidligere nevnt var det flere aktører koblet på målgruppen til ABT, men dette var de mest sentrale samarbeidspartnerne i denne studien.

21 [https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-ungdom-og-familie/barnevern-og-foreldreveiledning/barnevernsinstitusjoner/arenafleksibelt-behandlingsteam/#:~:text=Arenafleksibelt%20behandlingsteam%20\(tidligere%20arenafleksibelt](https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-ungdom-og-familie/barnevern-og-foreldreveiledning/barnevernsinstitusjoner/arenafleksibelt-behandlingsteam/#:~:text=Arenafleksibelt%20behandlingsteam%20(tidligere%20arenafleksibelt)

Samarbeidsmodeller og betydningen av tidlig innsats

I denne studien handler ulike samarbeidsmodeller om tiltakenes forhold til barneverntjenestene. Barneverntjenestenes overordnede mål med å henvise barn og familier til hjelpetiltak i hjemmet, som AFT og ABT, er å hjelpe familiene til å løse problemene sine og hindre (langvarig) institusjonsplassering. Samtidig ser vi i vårt materiale at plassering av og til kan være nødvendig, jf. barns beste-prinsippet. Ansatte i begge tiltak pekte på at de får henvist mange familier som burde fått helhetlig hjelp tidligere. For de ansatte innebar dette at de hadde mye systemarbeid å ta tak i og måtte bruke mye av tiden på såkalt usynlig stabiliseringsarbeid for å klargjøre familien for endringsarbeidet. Som vi så i kapittel 4 og 5, kunne dette handle om å roe ned familien i en krisesituasjon, hjelp til praktiske ting og opparbeiding av tillit hos familiene.

Når det gjelder ulike samarbeidsmodeller, har vi sett i kapittel 6 at dette kan handle om flere ting: a) når henvisningen til tiltakene skjer (basert på bydelens egne ressurser og tjenestenes kunnskap om tiltakene), b) hvor ofte barneverntjenesten og teamene møtes, og hvordan de fordeler ansvaret underveis, c) og hva som skjer når tiltakene avsluttes.

Ledelsen i begge tiltakene fortalte at barneverntjenestene ikke alltid hadde god nok kjennskap til hva tiltakene kunne gjøre, og jobbet aktivt for å øke kunnskapen i bydelene. En form for samarbeidsmodell som så ut til å fungere i henvisningsfasen, var at saksbehandler tok direkte kontakt med ledelsen i det respektive tiltaket for å diskutere om henvisningsgrunnlaget var på plass. Det så også ut til å være en fordel at henvisningen var forankret på ledelsesnivå, slik at bytte av saksbehandler ikke førte til at vedtaket ble trukket tilbake.

I begynnelsen av tiltaket har vi sett at terapeutene i ABT ofte presiserte overfor ungdommene og familiene at de ikke er barnevernet, samtidig som de var åpne med familiene om at de jobber for barnevernet. Selv om det kan være en styrke å skille seg fra barnevernet hvis familien har hatt dårlige erfaringer med hjelpeapparatet tidligere, ser vi at dette anses som lite hensiktsmessig med tanke på hvilke instanser som skal følge opp familien etter avsluttet tiltak.

De ansatte ga uttrykk for at det var noe variasjon i hvor involvert saksbehandler fra barneverntjenesten var underveis i sakens gang. Fordelen med at saksbehandler deltok på alle møter med familien og instansen, var at saksbehandleren da fikk inngående kjennskap til saken og lettere kunne ta over igjen når tiltaket ble avsluttet. Ulempen var at det i perioder kunne kreve mye møtedeltagelse fra en saksbehandler (som kanskje har fem ganger så mange familier som tiltakene å følge opp), i tillegg til at det kan oppleves voldsomt for familiene å ha med barneverntjenesten hele tiden. Et godt alternativ vi har identifisert i denne studien, var at saksbehandler var med på møter innimellom, og at terapeutene ellers oppdaterte saksbehandleren jevnlig.

I denne studien har vi ikke hatt mulighet til å undersøke hva som helt konkret skjer når barneverntjenesten tar over saken igjen etter endt tiltak. Det vi vet, er

hvordan enkelte familier og ansatte i tiltakene har opplevd avslutningsfasen. Når barneverntjenestene tar over saken, har kanskje skolen fått hjelp av tiltaket til hvordan de kan tilrettelegge for barnet; foreldrene har fått hjelp til hvordan de kan møte barnet med en kombinasjon av forståelse og regler; og kanskje har barnet fått hjelp til å komme ut av et negativt miljø og etablert nye positive relasjoner. Spørsmålet er hvordan de positive endringene opprettholdes, og hva som kreves av barneverntjenestene i denne overgangen. Funnene våre tilsier at det kan være stor variasjon i hvilken form for hjelp familiene trenger etter avsluttet tiltak, noen trengte mye, andre trengte lite, noen trengte å følges opp av barneverntjenesten, enten via kontaktperson eller i form av andre hjelpetiltak, andre trengte oppfølging av skolen eller psykisk helsevern. I siste del av dette kapittelet diskuterer vi hvilke justeringer som kan gjøres for å sikre at overgangen fra arenaflexibel til enkeltarena-/instanshjelp blir god.

Skolen er en sentral samarbeidspartner

For de aller fleste barn og unge er skolen en sentral sosialiseringsarena for opplæring og utvikling av vennskap og interesser. Begge tiltakene jobber med målgrupper som kjennetegnes av ufrivillig skolefravær, og skolene fremstod dermed som den viktigste samarbeidspartneren. Selv om AFT hadde dedikert en egen person i teamet til å være skoleansvarlig for alle familiene, ble skolesamarbeid i praksis beskrevet relativt likt for begge tiltakene. De skoleansatte opplevde også at begge teamene hadde nødvendig kompetanse om skolesystemet og skolens rolle. I tillegg til å ta den koordinerende rollen i skole–hjem-samarbeidet og lage en plan for hvordan barnet/ungdommen kunne delta i undervisning, tilbød teamene veiledning til skoleansatte. Veiledningen bestod gjerne av hvordan skoleansatte kunne møte og håndtere barn med traumer, diagnoser eller andre sterke adferdsuttrykk. Ansatte fra begge tiltak pekte på at skolen og hjemmet ofte har ulike meninger om hva som ligger bak barnets utfordringer, der skolen mener problemene er i hjemmet, mens foreldrene mener problemene er på skolen. Vi fant også at foreldrene i stor grad opplevde teamene som god støtte i slike sammenhenger. I likhet med skole-losene kunne terapeutene fungere som barnas stemme i instansmøter (Gundersen et al., 2022). Det at skole–hjem-samarbeidet ser ut til å være sentralt for tiltakenes beskrivelse av arbeidet med familiene, tyder på at dagens skolesystem ikke har nok kapasitet til å hjelpe alle barn/ungdom som trenger ekstra tilrettelegging. Samtidig pekte både ansatte i tiltakene og enkelte av de skoleansatte selv på at det opplevdes mer forpliktende for skolene når noen fra de arenaflexible tiltakene var involvert. Vårt overordnede inntrykk er derfor at tiltakene har høy måloppnåelse med hensyn til å få til et bra skolesamarbeid.

Samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge er svært aktuelt

Som nevnt innledningsvis har samarbeidet mellom barnevern og psykisk helse for barn og unge lenge vært identifisert som en utfordring (Fossum et al., 2015). I denne studien bekreftes dette av det de ansatte, informantene fra

helsetjenestene og familiene i begge tiltakene fortalte. De ansatte sa at flere av familiene de hjalp, falt mellom to stoler, og mente at barnevernet som et resultat av dette fikk ansvaret for mye alvorlig psykiatri. Flere familier opplevde selv å ha vært en kasseball mellom og innad i barnevernet og helsesystemet. Der barnevernet er pliktet til å hjelpe barn og unge, men ikke har psykisk helsehjelp som en del av sitt mandat, er psykisk helsevern stort sett frivillig. De ansatte i tiltakene pekte spesielt på at Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er fri til å prioritere andre saker dersom klienten ikke møter fysisk på kontoret til avtalt tid. Begge tiltakene hjalp ungdommer som slet med å holde faste tider.

I denne studien var barna/ungdommene som ble henvist til AFT, som oftest allerede mottakere av hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, vanligvis via BUP. Informantene fra helsetjenestene pekte på verdien av å gi parallell hjelp og samarbeide med AFT fordi de ansatte i AFT kunne hjelpe ungdommen å komme til BUP og samtidig følge opp familien på flere arenaer og utenfor ordinær arbeidstid. Til forskjell fra samarbeidet med skolene kunne ikke tiltakene nødvendigvis hjelpe BUP til å tilrettelegge bedre, her handlet samarbeidet mer om at tiltakene kunne komplettere psykisk helsevern. Samarbeidet syntes å fungere fint på grunn av den kompetansen ansatte i tiltakene besitter innenfor både psykisk helse og barnevern.

For ABT sin del utgjorde psykiske vansker også en sentral del av det helhetlige utfordringsbildet. I det samlede datamaterialet så vi at terapeutene jobbet med saker der enten BUP eller FACT ung allerede var koblet inn. Andre ganger var det terapeutene som initierte samarbeid, mens enkelte ganger var henvisningen til helsetjenesten allerede avslått. Terapeutene pekte også på at det ofte var snakk om utfordringer, spesielt traumer, som burde håndteres i et lengre perspektiv og ikke nødvendigvis parallelt med ABT. I disse sakene ansås det som viktigere å jobbe med de andre systemene først.

Politisamarbeid kan være aktuelt

I denne studien utgjør politisamarbeidet kun en liten andel av materialet. Selv om politiet så ut til å være involvert i flere av sakene til ABT, fremstod det ikke som at det var her terapeutene la ned mest arbeid. Som en av terapeutene pekte på, er mandatet såpass forskjellig at det kan være vanskelig å sette noen felles mål for familien annet enn at ungdommen skal avstå fra å begå flere lovbrudd. I tillegg sitter politiet med mer informasjon om enkeltsaker enn det som nødvendigvis kan deles i et ansvarsgruppemøte. Den politiansatte gav inntrykk av å være fornøyd med samarbeidet med ABT og mente rollene var godt definert. Politikontakten hadde ansvar for å snakke med ungdommen og var tilgjengelig på telefon utenom arbeidstid. Selv om terapeutene og enkelte politikontakter hadde gitt motstridende råd til foreldrene om grensesetting, som i terapeutenes diskusjon om foreldrenes rett til å lese ungdommens tekstmeldinger, anses det som en merverdi at flere personer som er tett påkoblet familien, er tilgjengelige for ungdommen. Informanter fra både ABT,

skole og politi sa at de skulle ønske politiet jobbet mer universalforebyggende, for eksempel med å komme på skolebesøk.

Samarbeidet med jobb og fritidsaktører varierer etter behov

Der skole, helse og politi representerer instanser som er forpliktet til å delta i det tverrfaglige samarbeidet for utsatte barn og unge, jamfør egne sektorlovgivninger, representerer jobb og fritid arenaer som kan være nyttige samarbeidspartnere for de arenaflexible teamene. Felles for ansatte i begge tiltakene var at de var opptatt av å finne ut av hvilke ønsker og behov barnet/ungdommen hadde i samtale med dem og deres foreldre. Der fritidsaktiviteter så ut til å være mest relevant for AFT, så deltidsjobb ut til å være mest relevant for ABT. Dette henger sammen med at AFT ofte jobber med barn som trenger hjelp til sosialisering, mens ABT ofte jobber med barn som trenger hjelp til å finne noen bedre alternativer til kriminelle miljøer.

Suksesskriterier for samarbeid med og mellom systemer

Tidligere forskning på tverretattlig samarbeid har pekt på manglende tillit til barnevernet (Lo et al., 2022) og at kunnskap om hverandres mandat kan være et generelt hinder for samarbeid mellom velferdstjenester (Hansen et al., 2020; Tøssebro et al., 2023). Et sentralt funn fra denne evalueringen er at de ansatte i de to arenaflexible teamene hadde god kunnskap om hva de ulike systemene *kunne* og *burde* bidra med i arbeidet med barnets utfordringer. Tiltakenes systemkunnskap var også noe samarbeidspartnerne fra skole, helse og politi vektla som positiv i sine beskrivelser av samarbeidet. I de fleste sakene vi har fått kjennskap til, hadde barneverntjenesten eller andre instanser allerede startet systemarbeidet før tiltakene kom inn og tok over den koordinerende rollen. Basert på det de ansatte i AFT/ABT og samarbeidspartnerne fortalte, har vi identifisert noen suksesskriterier som ser ut til å øke sannsynligheten for at de arenaflexible tiltakene får til et godt systemisk samarbeid og ikke minst bidrar til at systemarbeidet kan bestå når tiltakene avsluttes. Listen inneholder identifiserte suksessfaktorer og ikke identifiserte mangler:

- Henvising bør skje på riktig grunnlag for å unngå utilsiktet avslutning av tiltaket før tiden. Dette forutsetter at kunnskapen om tiltakene er forankret i barneverntjenestene og ikke hos den enkelte saksbehandler.
- Henvisning bør ikke skje for sent i saksgangen slik at plassering blir uunngåelig, eller at tiden som brukes på stabiliserende arbeid, går ut over tiden som skal brukes på utvikling og endring.
- Rollefordelingen mellom tiltaket og barneverntjenesten bør avklares hurtig, og tiltakene bør jevnlig oppdatere barneverntjenesten.
- Terapeutene bør snakke positivt om barnevernet i møte med familiene og samarbeidspartnere slik at de ikke spilles ut på sidelinjen.
- Samarbeidspartnerne bør ha kjennskap til tiltakene og bidra med nødvendig informasjon samt ta ansvar for eget systemarbeid.

- Samarbeidspartnerne og tiltakene bør bli enige om noen felles mål og hvilken rolle de skal ha overfor familiene for å nå disse.
- Samarbeidspartnerne bør ha tillit til hverandre.

Ut fra vårt materiale ser det ut som økt kjennskap til tiltakene både i barneverntjenesten og blant samarbeidspartnere kan føre til at tiltaket treffer flere og bedre. Det at samarbeidspartnere vi har intervjuet, sa at de ønsket å foreslå tiltaket for barnevernet hvis de tenkte det kunne passe for noen av barna eller ungdommene de jobbet med, understøtter denne antagelsen. Dette tyder samtidig på at de overordnet er fornøyde med tiltakene slik de fungerer i dag.

Justeringer og oppfølging av måloppnåelse

Innen vi gjør greie for våre anbefalinger til justering og hvordan Barne- og familieetaten bør følge med på tiltakenes måloppnåelse, vil vi kort oppsummere de to tiltakenes etableringsprosess, hvilke endringer de har gjennomgått siden høsten 2020, og hvilke forbedringspotensialer de ansatte selv pekte på.

Fagmodellen til AFT ble ferdig i januar 2024. Modellen ble utviklet samtidig som tiltaket ble etablert og justert underveis i samarbeid med de ansatte, med utgangspunkt i deres erfaringer om hva som fungerte i praksis, og ikke. De ansatte fortalte at de jobbet mye med å bli omforent om fagmodellen gjennom faglig veiledning og diskusjoner i kollegiet, og opplevde at de hadde god forståelse av de ulike fasene i modellen og hvordan deres kompetanse spilte inn i samarbeidet om familiene. Når det gjaldt forbedringspotensialer, pekte de ansatte hovedsakelig på et ønske om mer tid og ressurser til kollegastøtte.

Styringsdokumentet til ABT ble ferdig i juni 2024, og teamets erfaringsgrunnlag inngikk i utarbeidelsen. Ledelsesgruppen jobbet fortsatt med maler, som «informasjon til foreldre» om hvordan terapeutene i arbeider. Opprettelsen av barneteam i 2023 ble til i samarbeid med Utdanningsetaten og Bydel Gamle Oslo, og flere ansatte uttrykte at de så på dette som en positiv utvikling av tiltaket. Når det gjaldt forbedringspotensialer, pekte terapeutene på søskensamtaler, formalisering av koterapeutrollen og at flere bydeler kunne bli flinkere til å drøfte saker med dem før henvisning. Enkelte saksbehandlere og skoleansatte vi har intervjuet, fortalte at de opplevde at tiltakene hadde endret seg i løpet av de tre første årene, og at det fungerte bedre nå enn i starten. De ansatte ga også uttrykk for at ting var mer på plass nå enn i begynnelsen.

Etableringsprosessene viser at det tar tid å bygge opp et team, spesielt når det er snakk om målgrupper med sammensatte utfordringer. Begge tiltakene opplevde å få henvist mange familier «sent» i forløpet, det vil si der problemene hadde hopet seg opp. I sammenheng med dette så vi at begge tiltakene utvidet den normerte varigheten fra 6 til 12 måneder. Vårt overordnede inntrykk er at flere viktige justeringer allerede var gjort eller på vei til å innføres da vi gjennomførte denne evalueringen cirka 3 år etter at teamene hadde hatt sine første saker. Vi anser det som viktig å ta vare på denne kunnskapen og

erfaringene som de to arenafleksible tiltakene har opparbeidet seg, og se på overføringsverdien til etableringer av lignende tiltak.

Hvilke justeringer bør gjøres for å videreutvikle tiltakene?

På bakgrunn av våre overordnede funn skisserer vi her noen justeringer som tiltakene kan vurdere. Anbefalingene er hovedsakelig basert på det de ansatte fortalte, samt vår analyse av hva de to tiltakene kan lære av hverandre, uten at det går på bekostning av de ulike utfordringene de jobber med. Under enkelte punkter har vi inkludert fordeler og ulemper ved forslagene.

Justeringer av begge tiltak:

- Tiltakene kan vurdere å involvere barneverntjenestene mer i den avsluttende fasen, ved å for eksempel diskutere hvilken oppfølging bydelen har muligheten til å tilby. Avslutningsrapporten kan inneholde både realistiske (gitt økonomiske ressurser her og nå) og ideelle anbefalinger (fremtidige tiltak), slik at alle anbefalingene blir dokumentert.
- Tiltakene kan vurdere å tilby en form for forlenget ettervern i saker der det anses som hensiktsmessig (for eksempel at barnet/ungdommen skal bytte skole, eller at de ønskede endringene ikke er på plass). Ettervernsarbeidet kan bestå av kontaktmulighet mellom familie og kontaktpersonen i tiltaket i en utvidet periode. På den måten kan familiene få nødvendig støtte i en overgangsfase, fra en person de kjenner og har tillit til, og som kjenner familien. Tilbudet om forlenget ettervern forutsetter at bydelene ønsker å betale for dette, jamfør punktet over om inkludering av barneverntjenesten i avslutningen.

Justeringer av AFT:

- AFT kan legge til rette for mer debriefing og kollegastøtte i arbeidstiden.
- AFT kan i den forbindelse vurdere om vakttelefonen skal benyttes for debriefing og kollegastøtte mellom de ansatte. Fordelen med dette er at den ansatte som har vakttelefonen, får god innsikt i saken.

Justeringer av ABT:

- ABT kan vurdere å formalisere koterapeutens rolle for eksempel ved å tilby søskensamtaler, eventuelt samtale med andre familiemedlemmer eller viktige personer i barnets liv. Ulempen med å formalisere denne rollen er at det kan gå ut over fleksibiliteten i teamet.
- ABT kan vurdere å dele avslutningsfasen inn i en generaliserings- og ettervernperiode slik at familiene har fått øvd seg på å klare seg selv i noen uker før avslutning. ABT bør også vurdere å hente inn erfaringer fra familiene ved avsluttet tiltak, jf. AFTs erfaringsinnhentingsskjema.

Hvordan bør Barne- og familieetaten fremover følge med på tiltakenes måloppnåelse?

På bakgrunn av våre funn og metodiske begrensninger skisserer vi her noen forslag som Barne- og familieetaten kan eller bør vurdere å følge opp i samarbeid med de 15 barneverntjenestene i Oslo.

- BFE bør tilrettelegge for at ledelsen og ansatte i de to tiltakene kan utveksle sine erfaringer med å jobbe arenafleksibelt ettersom vi ser at den faglige tilnærmingen er relativt lik i begge tiltak.
- BFE bør sørge for at tiltakene har tilstrekkelige ressurser på ledelsesnivå slik at de ansatte kan få nødvendig støtte og avlastning i krevende saker.
- BFE bør få på plass en rutine for systematisk oversikt over varigheten på tiltakene og begrunnelse for avslutning (avsluttet som avtalt, avsluttet før etter ønske fra bydel/tiltak/familie) for å øke kunnskapen om tiltakenes treffsikkerhet. I denne oversikten bør det også fremkomme hvordan saken følges opp av barneverntjenesten.
- BFE bør følge opp surveyen som ble sendt ut til alle bydelene i 2023, med konkrete spørsmål om kjennskap til og bruken av AFT/ABT nå som alle bydelene har tatt de i bruk. Surveyen bør besvares av både saksbehandler og leder, for å få frem eventuelle forskjeller i kunnskapsnivå. Med tanke på at MST etableres i 2025, vil det være interessant å belyse hvordan bydelene skiller mellom ABT og MST.
- BFE bør samtidig sørge for å øke kompetansen i bydelene om hva tiltakene kan og ikke kan bidra med, når tiltakene bør settes inn og ikke, og hvilke hull i tiltaksviften de skal fylle. Kompetansen må forankres både på ledelsesnivå og hos de enkelte saksbehandlerne.
- BFE kan vurdere om kompetanse om tiltakene også jevnlig skal gis til tiltakenes viktigste samarbeidspartnere som skole og helsetjeneste, slik at de som ser barna/ungdommene i målgruppen, jevnlig kan bidra (ved å melde ifra til barneverntjenesten) til at tiltakene blir satt inn tidligere i forløpet og der mulighetene for familiebasert behandling er gode.
- BFE kan vurdere å sende en survey til familier som mottar hjelpetiltak, for å undersøke i hvilken grad familiene har blitt i stand til å navigere i systemene selv a) uten å ha mottatt hjelp før, b) etter å ha mottatt hjelp fra AFT/ABT eller c) etter å ha mottatt hjelp fra andre hjelpetiltak.
- BFE bør bruke kunnskapen om at tiltakene treffer en målgruppe som omtales som å falle mellom barnevern og psykisk helsevern, for å vurdere hvordan barn og unge med diagnoser kan få best mulig hjelp.

Overordnet konklusjon og veien videre

Det korte svaret på forskningsspørsmålet om hvorvidt tiltakene fungerer etter intensjonen om å jobbe arenafleksibelt, er ja. Den formelle intensjonen om å jobbe arenafleksibelt og ha en koordinerende rolle for å støtte instansenes samarbeid med familiene ser ut til å være relativt lik for begge tiltak. Det som i aller høyeste grad kjennetegner de to arenafleksible tiltakene, er at den

systemiske koordinatørrollen kombineres med familiebasert behandling, og det er denne symbiosen som menes med helhetlig arbeid med familiene.

Begge tiltakene kartla og arbeidet med barn/ungdom, familien og instansene rundt. Teamene var fleksible med hensyn til hvilke arenaer det skulle jobbes på, når og hvor de skulle møte familien, og familienes behov. Det å bli møtt «der man er», som både terapeutene og familiene uttrykte det, handlet ikke bare om at teamene hadde mulighet til å møte barnet eller familien *når* og *hvor* de ønsket. Det handlet vel så mye om å bli møtt med forståelse for de utfordringene som barnet og familien selv ønsket hjelp til der og da, i tråd med en familiterapeutisk forståelsesramme. Ansatte i begge tiltak var opptatt av å få en god relasjon til barnet/ungdommen, både for å komme i posisjon til å hjelpe dem, og fordi det ansås som viktig at de var med på å sette målene selv.

Samtlige familier vi har intervjuet, hadde tillit til at terapeutene kunne hjelpe dem, og de som hadde fått hjelp en stund, hadde fått en bedre hverdag. Flere fortalte om mindre konflikter hjemme og at barnet/ungdommen var motivert til å ha et dagtilbud som skole eller jobb. De fleste uttrykte at de syntes varigheten på et år var bra, og de færreste syntes et år var for lenge. Tiltakene ser dermed ut til å svare på familienes behov for helhetlig hjelp over tid.

De ansatte samarbeidet først og fremst med skole, men også psykisk helsevern og andre tjenester der dette var relevant for den enkelte familie. Begge tiltakene supplerte instansene med viktig kunnskap om hva som lå bak barnets adferd, og bidro til å skape en felles forståelse. Dette så ut til å være spesielt betydningsfullt for skolene og barneverntjenestene. I denne studien har vi sett at saksbehandlerne i barneverntjenestene anså tiltakenes kartleggingsrapporter som viktige vurderingsgrunnlag for sakens gang. Begge tiltakene møtte både familier og instanser som hadde dårlige erfaringer med barnevernet. Som bindeledd, mellom familie, barneverntjeneste og andre instanser, har tiltakene en viktig rolle i å fremsnakke de ulike aktørene, spesielt barneverntjenesten som skal møte familienes behov når tiltakene avsluttes.

Basert på våre observasjoner og de ansattes beskrivelser av arbeidshverdagen og arbeidet med familiene har vi identifisert noen kriterier som imøtekommer tiltakenes definisjon av suksess: a) *at terapeutene gis tid og støtte til å jobbe med tillit og innpass i familien*, og b) *at familiene som en konsekvens av dette får økt tillit til og forståelse av hvordan hjelpeapparatet fungerer*. Suksesskriteriene legger ikke opp til at alle målene som er satt for familien, nås i løpet av tiden familiene får hjelp av tiltakene. Dette handler, som ansatte i begge tiltak pekte på, både om at de fikk henvist familier der problemene hadde hopet seg opp over tid og spredt seg på flere areaer, og at det tilsvarende endringsarbeidet på ulike arenaer tar tid. I den forbindelse forutsettes det også c) *at relevante instanser ansvarliggjøres overfor familiene slik at de kan bistå familien med nødvendig hjelp så lenge det er behov for det*.

Særskilt for AFT: I denne studien har vi sett at AFT jobber med ungdommer med høyt skolefravær som trenger hjelp til å sosialiseres, og der foreldrene trenger råd og veiledning. Både ansatte, deres samarbeidspartnere og familiene som mottok AFT, opplevde at tiltaket fylte et hull i tjenesteapparatet mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. AFT fremstod som et godt alternativ til institusjon i saker der foreldrene trengte hjelp og støtte for å leve med og håndtere barnets/ungdommens psykiske uhelse, og hvor omsorgsbetingelsene ellers ble vurdert som gode nok.

Særskilt for ABT: I denne studien har vi sett at ABT jobber med ungdommer med høyt skolefravær som trenger hjelp til å finne positive alternativer til rus, vold og/eller kriminalitet. De ansatte fortalte at de jobbet mye med levekårsrelaterte utfordringer, og at det var mange systemer rundt barnet. Både ansatte, deres samarbeidspartnere og familiene som mottok ABT, opplevde at tiltaket bidro til at systemene rundt barnet fikk en felles forståelse av barnets utfordringer og fungerte bedre sammen. ABT fremstod dermed som et godt alternativ til det spesialiserte hjelpetiltaket multisystemisk terapi (MST), der ABT ser ut til å svare på familiens behov for skreddersydd hjelp over tid.

Felles: I denne studien har vi sett at tiltakene tilbys når det er problemer på flere arenaer, som navnet på tiltakene tilsier, men også når barnet/ungdommen hovedsakelig har utfordringer på enkelte arenaer, typisk på skolen eller i skole–hjem-samarbeidet. Tiltakene kan dermed se ut til å fylle bydelens behov for både MST, det litt mindre intensive behandlingstilbudet RFT (tidligere FFT) og delvis også losordningen i saker der skolesamarbeidet er det mest prekære. I denne studien har vi identifisert noen forskjeller i hvordan de spesialiserte hjelpetiltakene fremstår i tidligere forskning, og slik de to arenafleksible tiltakene fremstår i våre funn. 1) De arenafleksible tiltakene vektlegger den familie-terapeutiske problemforståelsen om at barnets/ungdommens utfordringer må løses i familiesystemet og skreddersys etter barnets og familiens behov (Johnsen & Torsteinsson, 2012), i motsetning til å tilby manualbasert behandling. 2) Tiltakene opererer med en lengre normert varighet. Der både RFT og MST har en kortere normert varighet på 3–6 måneder, men ser ut til å forlenges (Ulset et al., 2023), opererer de arenafleksible tiltakene nå med en anbefalt varighet på 12 måneder. De arenafleksible tiltakene kan også avsluttes før tiden og forlenges hvis barnevernet ønsker det. I denne studien har vi sett at de fleste familiene ønsket hjelp over lengre tid, og at faseinndelingen for enkelte virket stressende. Vi tror derfor det er fornuftig å operere med relativt lang varighet i denne formen for hjelpetiltak, og heller avslutte tidligere ved behov.

Generelle anbefalinger: På bakgrunn av våre funn anbefaler vi at de arenafleksible tiltakene AFT og ABT fortsetter å inngå i Barne- og familieetatens tiltaksportefølje for barnevern, og at BFE ved behov for mer bruk av familiebaserte hjelpetiltak øker ressursene til etablerte og gjerne egenutviklede tiltak istedenfor å etablere nye. Funnene våre viser at det tar tid å bygge opp et nytt team eller tiltak, både når det gjelder arbeidsmetoder og arbeidskultur. Vi

oppfordrer også BFE til å ta vare på de erfaringene og kunnskapsutviklingen som teamene har opparbeidet seg i etableringsprosessen.

Videre forskning: Ettersom det allerede er vedtatt å gjeninnføre MST i Oslo kommune fra 2025, anbefaler vi at Barne- og familieetaten følger med på hvordan barneverntjenestene fremover navigerer mellom tiltak som kan fremstå som like. Vi tenker da spesielt på forholdet mellom MST og ABT som henvender seg til samme målgruppe. Et forslag er å igangsette en følgeforskning av re-etableringen av MST i Oslo. Et annet forslag er å gjennomføre en etnografisk casestudie av X antall barneverntjenester i Oslo. Sentrale forskningsspørsmål vil her være hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av tiltak, for eksempel økonomiske rammer versus familienes behov, eventuelt hvordan bydelen fyller dette behovet selv hvis det ikke benyttes tiltak fra BFE. En casestudie kan også innrettes mot oppvekstavdelingen i bydelen for å undersøke hvordan de øvrige aktørene samarbeider om denne målgruppen, både med og uten barnevernets involvering.

Summary

In this report, we present findings from the research project *Evaluation of the Agency for Child and Family Welfare Services' arena-flexible interventions for the Norwegian Child Welfare Services (Evaluering av Barne- og familieetatens arenafleksible tiltak for barnevernet)* commissioned by the City of Oslo.

In autumn 2020, the Agency for Child and Family Welfare Services created two such arena-flexible interventions. The arena-flexible mental health team for the Child Welfare Services (Arenafleksibelt team barnevern psykisk helse, AFT) offers help to children and young people with mental health conditions or difficulties. The arena-flexible treatment team (Arenafleksibelt behandlingsteam, ABT) offers help to children and young people who have issues related to physical/verbal aggression, violence, drugs and crime. Both teams provide holistic help to children and young people for a limited period (usually 9–12 months). By “holistic” is meant that the work that is done is multi-systemic, working on the relationships within the family as well as in the arenas in which the child/young person and their family needs help. Previous research have found that the Child Welfare Services' interventions have often lacked this holistic perspective on the child, the parents and the family as a whole.

These two interventions can be requested by the 15 Child Welfare Service units in the City of Oslo. The Child Welfare Services refer children and families they believe may benefit from this type of holistic intervention, beyond what they themselves can offer, in terms of help. The interventions aim to improve coping skills and quality of life for both young people and parents, as well as strengthen the relationship between them. The interventions aim to strengthen families' help and support networks, support cooperation between the various agencies involved and enable parents to inhabit more of this role and function themselves by the end of the intervention.

The overarching research question that is answered in this report is whether the interventions work as intended; that is, whether they work in and with the arenas where the child/young person or the family experience the most challenges and need help. We have investigated what is meant by the term “arena-flexible”, the family's experiences with arena-flexible help, the relationship between the interventions and the Child Welfare Services as well as their cooperation with other services. We also point out what changes have been made in the process of establishing the interventions, and suggest some amendments and recommendations for further follow up.

Method and material

The material consists of observations and interviews with staff carrying out the interventions, interviews with young people and parents who have received the interventions and interviews with the Child Welfare Services, schools, health services and police. We interviewed a total of 20 employees in the two teams, 11 young people, 13 parents and 11 employees from other agencies. In addition, we have done approximately 20 hours of field work in the teams consisting of observation of team meetings and evaluation meetings. We have also gained access to internal steering documents and a selection of the interventions' reports to the Child Welfare Services.

Consistency between theory and practice of arena flexibility

The formal intention of arena flexibility and having a coordinating role to support families in cooperating with the agencies appears to be relatively similar for both interventions. Both interventions worked with children/young people, their families and the agencies around them. The teams were flexible regarding which arenas they were to work in, when and where they were to meet the families, but also the families' needs. Being met "where you are", as both the employees and the families expressed it, was not just about the teams having the opportunity to meet the child or the family *when* and *where* they wanted. It was equally about being met with understanding for the challenges that the child and the family themselves wanted help with then and there, in line with a family-therapeutic framework of understanding.

The families felt seen and heard

The families we spoke to in this study were very satisfied with the help they received from the arena flexible interventions. Parents expressed great relief that the teams took over the coordinating role in the agency collaboration, leaving the families with more time and money to work on the internal challenges they faced. Several parents, but also some young people, found this help to be very different from what they were used to from other interventions, or their contact with the Child Protection Services in general. Being met by someone who had time and showed interest in how each of them was doing and what they needed help with seemed to be significant in building a positive relationship between them. Both young people and parents expressed that they felt "seen and heard", which corresponds to the family-therapeutic principle of meeting the family with a non-knowing and non-judgmental attitude.

All the families we interviewed had confidence that the therapists could help them. Those who had received help for a while when we spoke to them said that their day-to-day life had improved. Several told of fewer conflicts at home and that the child/young person was motivated to have some form of

educational or job-related activity daily. Some had returned to school full-time, while others were back once a week or for a few hours a day. Several of the young people who received help from the AFT had increased interest and participation in leisure activities, and several of the young people who received help from the ABT had received help to get a job. Out of the families who had stopped receiving the intervention, some still had contact with the Child Welfare Services, and others had cut off this contact at the same time that the intervention was stopped. Apart from this, in this study we do not have knowledge of what happens when the interventions are terminated.

Various forms of cooperation with the systems

A central element in the systemic work of the interventions was to create a common understanding among the various players who were part of the “team around the child” and to ensure that these were all held accountable. Both interventions worked with target groups characterised by involuntary school absences, and the school thus emerged as a key partner.

The interventions often worked to improve school-home cooperation, by guiding school staff and supplementing them with important knowledge about what was behind the child’s behaviour, as well as acting as the voice of the child/young person or the family in meetings with the school. When it came to other agencies, the AFT often worked in parallel with other mental health services for children and young people. The informants from these health services felt that the intervention complemented them well because AFT were able to follow up on the young people or families outside of working hours. Mental health difficulties were also a key challenge area for the target group for the ABT.

When it came to the relationship with the Child Welfare Services, we found that both the AFT and the ABT experienced receiving a lot of referrals after it was too late to bring about a change in the families. The reasons they pointed out for this were not only the districts’ finances, but also knowledge of and familiarity with what the interventions are and can help with. In one of the districts that had used the interventions a lot, the case manager we interviewed pointed out that they did not necessarily try all other interventions first. The district had also established a practice of making direct contact with the interventions to discuss the grounds for referral before the referral was made. During the period of the intervention, there appeared to be some variation in how involved the case manager was in collaboration with the other agencies. This relates to the fact that the Child Welfare Services have responsibility for more cases per person than do the employees in the interventions, who had responsibility for three to four cases each. In this study, it appeared to be a good solution that the interventions kept the Child Welfare Services regularly updated by telephone. The interventions’ monitoring reports also appeared to be a key element for the Child Welfare Services’ further assessment basis.

The families' experiences as well as the employees' descriptions align with previous research on cooperation challenges around vulnerable children and young people, and between different welfare services, particularly mental health services and Child Welfare Services. As a link between the family and other agencies, the interventions have an important role in speaking positively of these various players to the child and family, especially the Child Welfare Services, which will be taking care of the families' follow-up needs when the interventions end.

Recommendations and follow-up of target achievement

Based on our findings, we recommend that the interventions continue to be included in the Agency for Child and Family Welfare's portfolio of interventions for child protection. Furthermore, if there is a need for more use of family-based assistance interventions, we recommend that the Agency spends more resources on established interventions rather than establishing new ones. The Agency should put in place a procedure for attaining a systematic overview of the duration of the interventions and justification for any termination, to increase knowledge about the effectiveness of the interventions. In this overview it should also show how the case is followed up by the Child Welfare Services, for example with other low threshold interventions, institutional placement or closure of the case. This will help provide further data on how the families who have received help are doing and to what extent the interventions are achieving the goal of the families being able to use the help agencies on their own.

Litteratur

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. J. Gergen (Red.), *Therapy as social construction* (s. 25–39). Sage.
- Backe-Hansen, E. (2024). Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid – til besvær og til barns og unges beste II. Studsrød, V. Paulsen, I. Kvaran & K. Mevik (Red.), *Barnevernspedagog. En grunnbok* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Barne- og familieetaten. (2023a). *Hjelpetiltak i Oslo kommune: Bydelenes innspill og videre anbefalinger*. Oslo kommune.
- Barne- og familieetaten. (2023b). *Hjelpetiltak i Oslo kommune: Kartlegging av bydelenes organisering og behov*. Oslo kommune.
- Berg, R. C., Johansen, T. B., Jardim, P. S. J., Forsetlund, L. & Nguyen, L. (2020). *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger* (Rapport). Folkehelseinstituttet.
- Bergene, A. C., Vika, K. S., Lynnebakke, B., Vonen, M. N., Lyckander, R. H. & Samuelsen, Ø. A. (2023). *Fravær som vekker bekymring. Skoleeieres og skolelederes inntrykk og forståelse av fraværssituasjonen i Skole-Norge* (Rapport 2023:14). NIFU.
- Bergflødt, M. M., Bruland, S. & Bossy, D. (2023). *Med døra på gløtt. Barn og unge inn i familievernet?* (NOVA-rapport 10/23). NOVA.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Byrådet. (2022). *Strategi for utvikling av Oslo som en traumeinformert by 2022-2030*. https://einnsyn-fillager-api.api.oslo.kommune.no/fil?virkksomhet=976819853&filnavn=45a35206fb3649ba80e84143345e9ac3_47585c88b8e0826ea5ca1315825a5dd7.pdf
- Christiansen, Ø. (2012). Hvorfor har barnevernet problemer med å se og behandle barn som aktører? . *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(1–2), 16–30.
- Christiansen, Ø., Bakketeig, E., Skilbred, D. T., Madsen, C., Havnen, K. J. S., Aarland, K., & Backe-Hansen, E. (2015). *Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Uni Research Helse. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).

- Christiansen, Ø. & Kojan, B. H. (2023). *Beslutninger i barnevernet* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning* (Difi-rapport 2014:07). Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Drange, N., Hernæs, Ø. M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O. & Slettebø, T. (2021). *Beskrivende analyser – Barn og familier i barnevernet* (Rapport 4/2021). Frischsenteret.
- Forskningsrådet. (2021). *Ut av blindsonene. Strategi for et samlet kunnskapsløft for utsatte barn og unge*. Forskningsrådet.
- Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S. A. M., Ottosen, A. & Rustad, K. B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 92(4), 282–297. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2015-04-04>
- Gundersen, T., Havre, M., Neumann, C. B., Fugletveit, R. & Jevne, K. S. (2023). *Enetiltak og alenetiltak i barnevernet. Et nødvendig botilbud til barn og ungdom* (NOVA-rapport 9/23). NOVA.
- Gundersen, T., Neumann, C. B., Fugletveit, R. & Jevne, K. (2024). *Rusinstitusjoner for ungdom. Grensedragning mellom frivillighet, tvang, omsorg og behandling* (Nova-rapport 18/23). NOVA.
- Gundersen, T., Tveito, S. B. & Dokken, T. (2022). *Evaluerer av Los-ordningen for ungdom* (NOVA-rapport 3/22). NOVA.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge* (Fafu-rapport 2020:2). FAFO.
- Havnen, K. J. S., Christiansen, Ø., Ljones, E. H., Lauritzen, C., Paulsen, V., Jarlby, F. & Vis, S. A. (2020). *Barnevernets undersøkelsesarbeid, delrapport 5. Å medvirke når barnevernet undersøker. En studie av barn og foreldres medvirkning i barnevernets undersøkelsesarbeid*. NORCE.
- Helsetilsynet. (2019). *Det å reise vasker øynene – Gjennomgang av 106 barnevernssaker*. Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2012). *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge* (Rapport 2/12). Helsetilsynet.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforlaget.

- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M. & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner* (Rapport). NTNU.
- Kristofersen, L. B. (2018). Regionale variasjoner i barneverntiltak: Et gammelt problem i ny drakt? *Fontene Forskning*, 11(1), 56–71.
- Kvello, Ø. (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Lid, S., Rosten, M. G., Dullum, J. V., Hyggen, C. & Andersen, P. L. (2022). *Forebyggende tiltak mot ungdomskriminalitet i Oslo kommune* (NOVA-rapport 8/22). NOVA.
- Lo, C., Breimo, J. P. & Turba, H. (2022). Trust and distrust in interorganizational networks – the case of Norwegian child welfare and protection. *Public Management Review*, 24(8), 1271–1288. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1899273>
- Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familieterapi: En evidensbasert familieterapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 84(3), 15–23.
- Nilsen, S. A., Askeland, K., Loro, D., Iversen, A., Havnen, K., Bøe, T. & Heradstveit, O. (2021). Mental health, adverse life events and health service use among Norwegian youth in the child welfare system: Results from a population-based study. *Child & Family Social Work*, 1.
- Nord-Baade, S. (2022). *FACT UNG Modellbeskrivelse*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Nordahl, K. B., Apeland, A., Tollefsen, N., Christiansen, Ø., Fylkesnes, M. K. & Mellblom, A. (2023). *Grunnmodell for hjelpetiltak i barneverntjenesten*. RBUP NUBU NORCE RKBV VEST.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3. utg.). Sage Publications.
- Paulsen, V. (2016). Ungdommers erfaringer med medvirkning i barnevernet. *Fontene Forskning*, 9(1), 4–15.
- Rismoen, O. H. & Solberg, K. E. (2023). *Familiefungering i Multisystemisk terapi (MST) for ungdom med alvorlige atferdsvansker* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo].
- Skipple, A., Folkvord, M. S. & Hydle, I. (2024). *Koronapandemiens betydning for barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet. Erfaringer fra ungdom og barnevernansatte* (NOVA-notat 1/24). NOVA.

- Syse, A. (2017). Barns med- og selvbestemmelsesrett – etter ulike lover. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 15(2), 99–105. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.0809-9553-2017-02-01>
- Tøssebro, J., Berg, B., Bruteig, R., Caspersen, J., Hermstad, I. H. & Wendelborg, C. (2023). *Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov?* NTNU Samfunnsforskning.
- Ulset, G., Thoresen, S. H., Thaulow, K., Melby, L., Bruteig, R. & Paulsen, V. (2023). *Barn og unges medvirkning i spesialiserte hjelpetiltak: En kvalitativ studie av PMTO, MST og FFT* (Rapport). NTNU Samfunnsforskning.
- Velferdsetaten. (2019). *Oversikt over forebyggende tiltak i Oslo sentrum*. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13311136-1671536020/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Salto%20-%20sammen%20lager%20vi%20et%20trygt%20Oslo/Eldre%20dokumenter/Oversikt%20over%20forebyggende%20tiltak%20Oslo%20sentrum%202019.pdf>
- Winsvold, A., Føleide, M. H. & Gundersen, T. (2016). *Familiestøttende tiltak for barn og familier for å forhindre eller begrense konsekvensene av vedvarende familiekonflikt*. Forskningsrådet.
- Øverland, M. B., Paulsen, V. & Ulset, G. (2021). Barna og ungdommenes erfaringer. I B. H. Kojan & A. S. Storhaug (Red.), *Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet – sammenhenger, forståelser og ansvar* (s. 93–98). NTNU Samfunnsforskning.



Systemisk endringsmodell

Arenafleksibelt team

Barnevern psykisk helse

Adele Christine Ofstad

BORGER WITH KOMPETANSESENTER – BFE - OSLO KOMMUNE

1.0 Bakgrunn og utvikling av modellen

Både internasjonal og nasjonal forskning viser at barn og unge på barneverninstitusjon strever med alvorlige utfordringer knyttet til psykisk helse, og at de som gruppe har markant dårligere psykisk helse enn barn og unge ellers i befolkningen. Et norsk landsomfattende prosjekt «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» avslørte at 76 % av ungdom som bor på institusjon oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse. Kun 38 % oppga at de hadde fått psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenestene i denne perioden (Kayed et al., 2015). Borger With har over flere år vært en institusjon for ungdom med alvorlige og moderate psykiske lidelser som er i behov av et omsorgsmiljø med kompetanse på psykiske lidelser. I 2020 ble Borger With etablert som et kompetansesenter for barnevern og psykisk helse, og Arenafleksibelt team (AFT) ble opprettet. AFT er et utadrettet team som utfører arenafleksibelt endringsarbeid for ungdom med psykiske vansker og deres familier. Teamet består av miljøterapeuter, familieterapeuter, psykologer og spesialpedagog. Teamet jobber etter en flersystemisk fagmodell som er beskrevet i dette dokumentet. Systemisk endringsmodell - Arenafleksibelt team (SEM-A) er utviklet på Borger With.

1.1 Systemisk endringsmodell

SEM-A bygger på en flersystemisk forståelsesmodell og tar utgangspunkt i å identifisere utløsende og opprettholdende risiko- og beskyttende faktorer i ungdommen og systemet rundt ungdommen. Gjennom individuelt endringsarbeid, familiearbeid, skolearbeid, og systemarbeid jobbes det for å redusere og styrke disse faktorene, og fremme videre positiv utvikling. SEM-A forløpet består av fire faser: Kartlegging- og stabiliseringsfase, utvikling- og endringsfase, generaliseringsfase og etterverns fase. Det totale forløpet strekker seg over en tidsperiode på ca 8-12 måneder, men noen familier vil ha nytte av hjelp over kortere eller lengre tid. Modellens første fase, kartlegging- og stabiliseringsfasen foregår de første 8 ukene av tiltaket. Denne fasen skal legge grunnlaget for utvikling og endring, og etablere mål for tiltaket. Det arbeides med stabilisering i hjemmet, terapeutisk relasjon mellom AFT og familien, og det kartlegges hvilke risikofaktorer ungdommen omgis av, og hvilke beskyttelsesfaktorer som kan bygges opp. Videre jobbes det med motivasjon for endring hos ungdommen og familien.

Den andre fasen, utvikling og endringsfasen, er en intensiv fase av endringsprosessen der hoveddelen av endring skjer. Lengden på fasen tilpasses individuelt til hver enkelt ungdom og familie. Tiltakene består av fem komponenter som tar utgangspunkt i å redusere og styrke påvirkningsfaktorer i hver sitt system; 1. Individuelt endringsarbeid skal øke beskyttende faktorer og redusere risikofaktorer hos ungdommen, 2. Familiearbeid med foreldreveiledning og familieterapi skal styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risiko i familiesystemet og øvrig familienettverk, 3. Veiledning og samarbeid med skole for å reduserer og styrke påvirkningsfaktorene i skolesystemet, 4. Arbeid med øvrig nettverk og nærmiljø og 5. Samarbeid med

involverte instanser; skal redusere og styrke påvirkningsfaktorer i andre systemer som ungdommen er en del av. Tiltakene evalueres hver fjerde uke opp mot overordnede- og delmål, og avsluttes eller endres ved behov. Når overvekten av målene er nådd går arbeidet over i tredje fase.

Den tredje fasen, generaliseringsfasen omfatter de siste 8 ukene av endringsarbeidet. Det skal ikke påbegynnes nye endringsprosesser i denne fasen, og etablerte endringer skal opprettholdes og anvendes i nye situasjoner slik at ferdighetene blir generalisert. Tiltakene i denne fasen skal være mindre hyppige og ungdommen og familien skal i økende grad ta i bruk ressurser i eget nettverk og lokale hjelpesystemer.

Ettervern er den fjerde og siste fasen i modellen. Fasen varer de siste 4 ukene av tiltaket. Hensikten er at ungdommen og familien opplever trygghet og forutsigbarhet i en overgangsfase, og for å sikre at systemene ungdommen naturlig inngår i har etablert rammer og forhold som vil opprettholde de nye ferdighetene og videreføre positive endringer. Systemarbeid, samarbeidsmøter og overføring av informasjon er hovedvekten av arbeidet i denne fasen.

1.2 Målgruppe og hovedmål

SEM-A er utviklet for å hjelpe ungdom i alderen 12-18 år med omfattende psykiske vansker hvor familien er i behov et fleksibelt og intensivt tiltak i hjemmet. Modellen kan tilpasses ned til 10 år, og dersom det er yngre søsken i familien kan de også inngå i tiltaket. I målgruppen identifiseres det alvorlige risikofaktorer i ungdommen og i systemene rundt. Ungdommen kan ha medfødte utfordringer, psykiske lidelser, sosiale og relasjonelle vansker, reguleringsvansker og har ofte lav selvivaretagelse. I ungdommens familie finnes det gjerne faktorer som svake foreldreferdigheter, høyt konfliktnivå, vold, rus, uhensiktsmessige kommunikasjons- og problemløsningsferdigheter, samt psykisk uhelse hos foreldre eller søsken. Familiene mangler ofte forståelse for ungdommens vansker og har hatt vansker med å ta imot eller nyttiggjøre seg hjelp fra andre instanser tidligere. Ungdommen strever som regel med å gå på skole, og i skolesystemet kan vi finne risikofaktorer som utilstrekkelig tilrettelegging, manglende kompetanse på psykisk helse i skolesystemet og vanskelige relasjoner til lærere og elever. Manglende oppfølging fra barneverntjenesten, ikke tilstrekkelig tilpasset behandling hos BUP, eller at instanser ikke er involvert utgjør også risikofaktorer. Ungdom og familier som vil ha best utbytte av SEM-A er familier der foreldre er motiverte til å jobbe med familiefunktering og foreldreferdigheter. Målene for tiltaket er individuelt tilpasset hver enkelt ungdom og deres familier. Samtidig jobber SEM-A etter hovedmål som er forankret i bestemte beskyttelsesfaktorer som fører til god psykososial fungering og psykisk helse hos ungdommen. Hovedmålene berører hvert system ungdommen er en del av og er generelle for alle familier i SEM-A tiltak.

- Ungdommen og systemene rundt ungdommen kartlegges for risiko- og beskyttende faktorer
- Ungdommen mestrer egen psykiske helse
- Ungdommen benytter seg av et tilrettelagt skole- eller dagtilbud
- Ungdommen skal bo hjemme og ha et utviklingsfremmende omsorgsmiljø
- Familien skal få en større forståelse for ungdommens vansker, og ha ferdigheter til å forebygge og løse utfordringer som oppstår
- Ungdommen og familiene nyttiggjør seg de instansene de er i behov av
- Ungdommen har et positivt nettverk og fritidsinteresse

2.0 Teoretisk forankring og kunnskapsgrunnlag

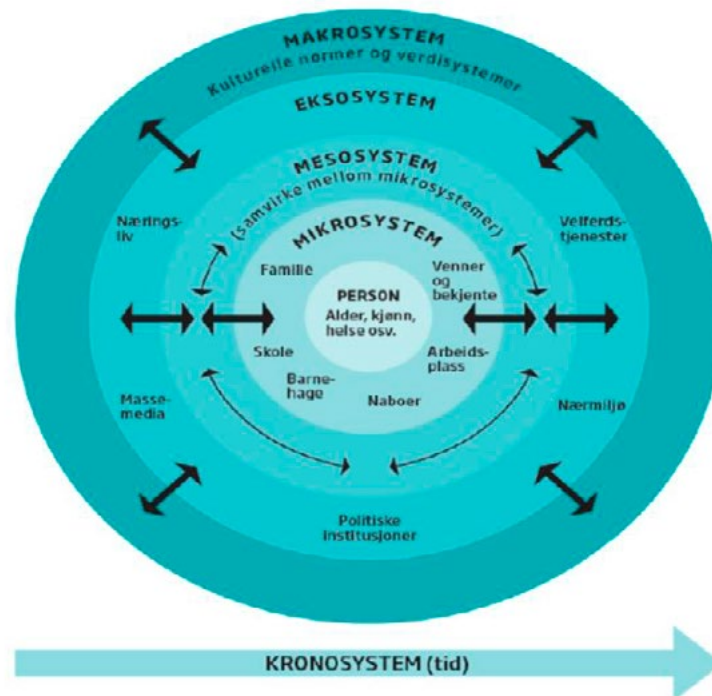
SEM-As teoretiske forankring ligger i en sosialøkologisk forståelse av utvikling, støttet av den biopsykososiale modellen, et familierapeutisk perspektiv og teori om sosial læring. Modellen hviler også på forskningsbasert kunnskap om normalutvikling og utvikling av selvreguleringsferdigheter, grunnleggende tilknytningspsykologi, så vel som risiko- og beskyttelsesfaktorer.

2.1 En systemisk forståelsesramme

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (1979, 1989, 1992) Bronfenbrenners teoretiske perspektiv fokuserer på mennesket i utvikling, miljøet som omgir mennesket, og interaksjonen mellom mennesket og miljøet. Barnet forstås som flettet inn i et nettverk av sosiale systemer, omtalt som *mikro-*, *meso-*, *ekso-*, *makro* og *kronosystem*. *Mikrosystemer* består av mennesker og institusjoner som har direkte kontakt med barnet som familie, venner og skole eller barneverninstitusjonen som ungdommen bor på. Det er hovedsakelig i samspill med mennesker i disse systemet at barnet utvikler seg. Samtidig påvirkes alt samspill i disse systemene av faktorer i de øvrige systemene. *Mesosystemet* består av relasjonene mellom påvirkningsfaktorer i mikrosystemene, som samspillet mellom familie og skole, eller mellom barneverninstitusjonen og familien. Bronfenbrenner understreker betydningen av kontakt mellom de ulike arenaene eller mikrosystemene og av sammenheng i verdier og interesser for å fremme vekst og utvikling. *Ekosystemet* inkluderer miljøer som indirekte påvirker barnet, gjennom forbindelser til mikro og mesosystemene. Dette kan for eksempel være skolens ledelse, foreldres arbeidsplass, velferdstjenester, eller ledelse og føringer knyttet til barneverninstitusjonen ungdommen bor på.

Makrosystemet er av en mer abstrakt karakter enn de øvrige og består av faktorer som kulturelle normer, verdisystemer økonomi og sosioøkonomisk status som påvirker barnet og de øvrige systemene indirekte. Sentralt i barnets utvikling er også *kronosystemet*. *Kronosystemet* består av hendelser, endringer og overganger gjennom livsløpet og legger spesifikt vekt på hvordan de ulike systemene påvirker og endrer hverandre over tid. Det kan være forventede hendelser som overgang til ungdomsskole, eller uventede hendelser som dødsfall eller plassering utenfor hjemmet. Disse sammenvevde systemene utgjør barnets naturlige sosiale økologi.

Utvikling påvirkes av faktorer i alle systemene gjennom det Bronfenbrenner refererte til proximale prosesser; gjentatte interaksjoner i det umiddelbare miljøet, for eksempel det daglige samspillet mellom barnet og dets omsorgsgivere.



1: Bronfenbrenners økologiske systemteori (1979, 1986, 1988, 1989). Bronfenbrenners teori gir et rammeverk som samfunnspsykologien benytter i forståelsen av relasjonen mellom individet og dets nære miljø, og den større samfunnsmessige konteksten. Med denne teoretiske forankringen legger SEM til grunn at barnets oppvekstforhold danner en helhet hvor delene påvirker hverandre gjensidig gjennom samspill mellom egenskaper hos barnet, miljøet og de samfunnsmessige forhold og strukturer. I tråd med den utviklingsøkologiske modellen er også den biopsykososiale modellen for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser (Engel, 1977). Modellen tydeliggjør hvordan psykiske lidelser utvikles på bakgrunn av grunnleggende sårbarhet, langvarig eksponering for risikofaktorer og utløsende hendelser. Den biopsykososiale modellen forklarer menneskets helse utfra tre faktorer, biologiske, psykologiske og sosiale. For å behandle disse må man jobbe med de ulike individuelle faktorene som er til stede. SEM-A hviler videre på en familierapeutisk forståelse av barns utfordringer og muligheter for varig endring og utvikling. I dette perspektivet ligger en forståelse av at psykiske vansker og utfordringer oppstår og opprettholdes i relasjoner, fremfor i individet. Både problemer og løsninger handler om det som foregår mellom mennesker. Relasjoner og samspill her og nå er det mest sentrale (Johnsen, & Wie Torsteinsson, 2012). Familien, med relasjonene mellom familiemedlemmene, forstås som unikt sosialt system med

sine egne strukturer der alle gjensidig påvirker hverandre. Enhver familie har utviklet sine egne former for samhandling, kommunikasjon, roller og normer, som er av stor betydning for barns utvikling. Noen kan virke utviklingsfremmende, mens andre kan utløse og opprettholde psykiske vansker og utfordring. For mange av ungdommen i SEM-As målgruppe er familiefaktorer opprettholdende for ungdommens psykiske vansker. For å oppnå ønsket endring vil det derfor ikke være tilstrekkelig å arbeide med ungdommen alene, men det vil være helt avgjørende at det også oppstår varig endringer i familiesystemet.

Sentrale begreper i SEM-A er også begrepene selvregulering, reguleringsstøtte og toleransevinduet. Selvregulering vil si ferdigheter i å regulere emosjonelle, kognitive, oppmerksomhets- fysiologiske og relasjonelle prosesser (Calkins&Fox,2002). Selvregulering utvikles i samspill med omsorgsgiver gjennom god reguleringsstøtte. Reguleringsstøtte innebærer sensitivitet til barnets følelsesmessige tilstand og forsøk på å hjelpe barnet tilbake til en tilstand av ro når barnet viser ubehag, ofte gjennom kroppslig nærhet, rolig stemme og ved å gi barnet pauser. God reguleringsstøtte hjelper barnet å holde seg i og bevege seg tilbake i sitt *toleransevindu* (Nordanger og Braarud, 2017) eller til den sonen for fysiologisk aktivering som er optimal for oppmerksom tilstedeværelse og samhandling med andre (Siegel, 2012). I lys av Bronfenbrenners teori kan vi si at toleransevinduet utvikles gjennom nære samspillsprosesser av reguleringsstøtte i barnets mest sentrale mikrosystem, familien. Daglig reguleringsstøtte antas over tid å bli internalisert slik at barnet utvikler evne til selvregulering. Barn og unge som ikke får tilstrekkelig reguleringsstøtte, og lever med uhåndterbart stress over tid vil utvikle et sensitivisert stressresponssystem og uhensiktsmessige strategier (Nordanger og Braarud 2014). Disse barnas vil oftere falle utenfor sitt toleransevindu, og i tillegg ha behov for omfattende støtte for å kunne reguleres tilbake til sitt toleransevindu. SEM-A nyttiggjør også kunnskap om betydningen av tilknytning (Bowlby, 1969). Trygg tilknytning fremmes av at omsorgspersonen er tilgjengelig, oppmerksom og sensitiv til barnets behov, kan hjelpe barnet å organisere dets følelser, tilby omsorg og oppmuntre til videre utforskning. Barn som har erfart mindre forutsigbare og sensitive omsorgspersoner utvikler ulike former for utrygg tilknytning. Tilknytningsteori vektlegger hvordan tilknytning og tidlig samspillerfaring danner indre representasjoner av og forventninger til en selv i relasjon med andre, og er dermed spiller en sentral rolle i utvikling av barnets relasjonelle fungering og emosjonelle og sosiale utvikling (Dykas & Cassidy, 2011).

Til grunn for målrettet endringsarbeid i SEM-A, inkludert SEM-As fokus på ferdighetstrening, ligger også en forståelse av at læring skjer i felleskap med andre. Barn lærer og utvikler ferdigheter, strategier og uttrykk gjennom å observere andre, observere konsekvenser av andres handlinger og selv erfare konsekvenser av egne handlinger. Barn søker å forstå hva som er forventet i ulike situasjoner, og søker bekreftelse ved sosial annerkjennelse. Individets tro på egen mestring i ulike situasjoner er også av stor betydning for fungering så vel som utvikling og utprøving av nye ferdigheter (Bandura, 1977).

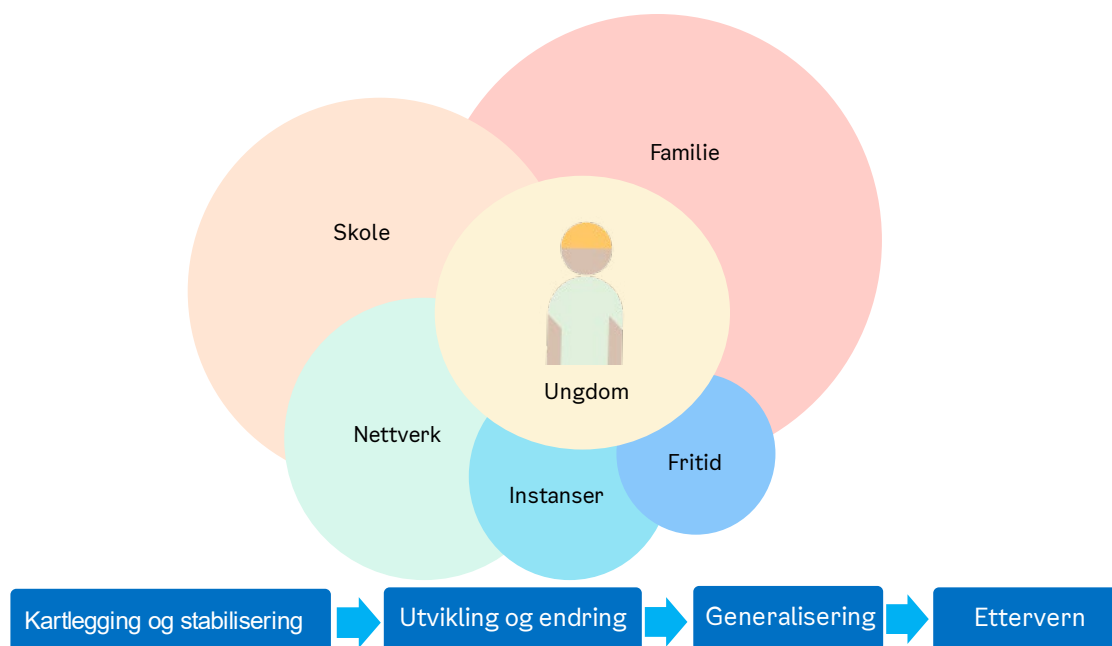
2.2 Forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer

Sammen med en sosialøkologisk forståelsesramme, tar SEM-A utgangspunkt i forskning omkring risiko- og beskyttelsesfaktorer og utvikling av resiliens. En risikofaktor er forhold som øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser og negativ psykososial utvikling i fremtiden. Beskyttelsesfaktorer demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personen er rammet av risikofaktorer (Kvello, 2015 s 246). Med tilstrekkelig beskyttelsesfaktorer kan barn oppnå resiliens; “god fungering tross risiko” (Borge, 2018). Risiko- og beskyttelsesfaktorer omfatter både genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer. Effekten av beskyttelsesfaktorer synes best når det foreligger betydelige risikofaktorer som har vart over tid. Samme beskyttelsesfaktor kan være virksom mot flere risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorer samspiller med risikofaktorene og reduserer deres negative innflytelse (Kvello, 2015 s 246). Forskningen omkring risiko og beskyttelsesfaktorer viser videre at det er av stor betydning at tiltak rettes inn mot flere eller alle de aktuelle de identifiserte risikofaktorene hos et barn for å sikre utviklingsfremmende betingelser (Kvello, 2015 s. 248) og at barn som er utsatt for skadelig eller mangelfull omsorg kan hjelpes ved at man etablerer eller styrker eksisterende beskyttelsesfaktorer (Shonkoff & Fisher, 2013), og slik bidrar til at barna utvikler resiliens.

3.0 Systemisk endring: Arbeidet innen SEM-A

Arbeidet i SEM-A er innrettet mot å oppnå systemisk endring. Modellens ulike komponenter rettes mot å gjøre nødvendige endringer i alle systemene ungdommen inngår i. Tilnærmingen er fasespesifikk og beskrives videre under modellens fire faser.

Systemisk endringsmodell



3.1 Kartlegging og stabiliseringsfase (8 uker)

Ved tiltakets start har det ofte vært vanskelig og kaotisk rundt ungdommen og i familien over lang tid. Noen familier har forsøkt gjentatte hjelpetiltak som ikke har ført til ønsket endring, og andre har vært i behov av tiltak hvor ungdommen har vært utenfor hjemmet. Ungdommens symptomer har ofte eskalert og familiedynamikk og samspillsmønstre er ofte fastlåste. I denne fases jobbes det den første tiden med stabilisering og krisehåndtering, og å danne terapeutisk relasjon og motivasjon med ungdom og familie. I denne fasen kartlegges risiko- og beskyttende faktorer i ungdommen og de systemer ungdommen er en del. Kartleggingsfunnene danner grunnlag for delmål.

Krisehåndtering og stabilisering

Det første arbeidet teamet starter med i modellens første fase er arbeid som demper konflikter og kriser i familiesystemet, og i systemene rundt ungdommen. Oppstart av tiltaket er ofte dempende og stabiliserende i seg selv da familien fra første dag har mulighet til å henvende seg til teamets vakttelefon. Vakttelefonen er betjent i ukedager fra 15.30–23, og 7–23 i helgene. På dagtid har familien muligheten til å kontakte sine terapeuter direkte. I familiesystemet jobbes det med å etablere tydelig struktur i hjemmet. Husregler, kommunikasjonsregler, tydelige krav og forventninger, og etablering av krise- og sikkerhetsplaner virker stabiliserende for ungdom og familien, og demper ofte de pågående konflikter og kriser.

Terapeutisk relasjon og motivasjonsarbeid

Etablering av terapeutisk relasjon med ungdommen og familien er viktig i modellens første fase. Ifølge Edvard Bordin (1913–1992) (8) består den terapeutiske relasjonen

av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut, klient og terapeutens oppgaver, og terapiens mål. Etablering av en terapeutisk relasjon krever derfor god kontaktetablering, samtidig som det etablerer en felles forståelse av hva som er målet for tiltaket og hvordan man skal jobbe sammen for å komme dit. En terapeutisk relasjon gir også korrigerende nye relasjonelle erfaringer. I prosessen med etablering av felles forståelse og mål vil det samtidig være behov for å jobbe med motivasjon. Motivasjon defineres gjerne som «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål (Kaufmann 2009). Mange av familiene og ungdommene er ambivalente til endring og mangler motivasjon for å gå inn i en endringsprosess. Samtidig ønsker de fleste foreldre at ungdommen skal fortsette å bo hjemme, og ungdommene har et ønske om å få til en endring i livet sitt. Motiveringsarbeidet må ta utgangspunkt i ungdommens prosjekt og sammen finne frem til elementer av ønsket endring. Det er også derfor sentralt å jobbe aktivt med å kartlegge hva som kan motivere ungdommen til endring. Det kan handle om å hjelpe ungdommen å se hva hen ønsker for seg selv på lang eller kort sikt og støtte opp om mulige utviklingsfremmende mål. Det er av stor betydning at ungdommen selv får være med å bestemme hva hen ønsker å oppnå med tiltaket. I følge Deci & Ryan (2000) oppstår indre motivasjon først når de grunnleggende psykologiske behovene selvbestemmelse (autonomi), mestring (kompetanse) og tilhørighet, er dekket. I dette arbeidet jobbes det individuelt med ungdommens ambivalens og ungdommen hjelpes til å utforske fordeler og ulemper med å gå inn i endringsprosjektet. Ettersom det kan ta tid å oppnå stabil indre motivasjon kan det være behov for å støtte prosessen i form av ytre motivasjonsfaktorer. Bruk av ytre motivasjonsfaktorer i korte faser kan øke sannsynligheten for at ungdommen velger å prøve ut samarbeid, aktivitet og ferdigheter, som igjen vil kunne gi opplevelse av mestring og autonomi, som i sin tur vil kunne styrke den indre motivasjonen til videre endring. Motivasjonsarbeidet strekker seg langt ut over den første fasen i forløpet og jobbes mer aktivt med i perioder gjennom behandlingen.

Kartlegging

Hensikten med kartleggingen er å danne seg en helhetlig forståelse av ungdommens fungering i lys av den sosiale økologien ungdommen lever i. Kartleggingen skal danne grunnlag for en individuelt tilpasset behandlingsplan. De sentrale områdene å kartlegge omfatter hvilke utfordringer og ressurser ungdommen har, risiko og beskyttende faktorer i ungdommen selv og i de systemer ungdommen er en del av. For å kartlegge disse faktorene må vi innhente informasjon om ungdommens; utviklingshistorikk, psykisk og fysisk helse, funksjon og selvhjelpsferdigheter eller ADL ferdigheter (Activity of Daily Living), sosial og emosjonell fungering, samt hvordan ungdommen fungerer på skolen. Det er også viktig å kartlegge ungdommens venner, øvrig nettverk, interesser og ressurser, kulturell tilhørighet og identitet. I familiesystemet kartlegges familiens; historie, kulturell tilhørighet og identitet, nettverk, roller og samspillsmønstre, problemløsningsstrategier og kommunikasjonsferdigheter, samt ressurser. Videre kartlegges foreldres påvirkningsfaktorer, foreldrefunksjon og styrker. I skolesystemet kartlegges;

ungdommens faglige og sosiale fungering, ungdommens behov for tiltak på skolen og skolens ressurser og kompetanse på psykisk helse. Videre kartlegges det hvilke instanser som er inne med tiltak i familien, tiltakshistorikk, samarbeidsklime og informasjonsflyt mellom tjenestene og familiens behov for bistand fra andre instanser/tiltak. For å få inn tilstrekkelig med informasjon benyttes ulike kartleggingsverktøy som; strukturerte kartleggingssamtaler, genogram og nettverkskart, livslinje, observasjon, ASEBA, og dokumentgjennomgang.

Strukturerte kartleggingssamtaler Til hjelp i kartleggingssamtalene er det utviklet strukturerte intervjuer/maler for å sikre tilstrekkelig og god informasjon. Det er utviklet egne maler for kartleggingssamtaler med ungdom, familie, skole som er innrettet mot å identifisere risikofaktorer og utfordringer, ressurser og beskyttelsesfaktorer i de ulike systemene.

Genogram er en visuell framstilling som viser familiemedlemmers tilknytning til hverandre. Informasjonsinnsamling ved bruk av genogram kan hjelpe oss til å forstå og snakke sammen om familierelasjoner og viktige hendelser i familiens livssyklus.

Nettverkskart - Nettverkskart gir en oversikt over hvem som er rundt ungdommen og hvem som kan være aktuelle støttespillere for ungdommen og familien. Hensikten med å fylle ut nettverkskart er å skaffe kunnskap om barnets og familiens psykososiale situasjon og livssituasjon generelt, samt kartlegge risiko- og beskyttende faktorer.

Livslinje - Livslinje er en beskrivelse av ungdommen/familiens historikk fra fødsel til nåtid. Viktige begivenheter i ungdommens liv kartlegges. Livshistoriefortellinger handler også om å finne betydningsfulle andre som fylte på med gode opplevelser.

Observasjon - I modellens første fase skal teamet gjennomføre flere observasjoner. Observasjon som metode brukes for å innhente relevant informasjon og identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer. Observasjon i denne sammenheng innebærer oppmerksom iakttagelse av ungdommens og familiens fungering og ferdigheter i ulike relasjoner og sammenhenger. Det kan være ungdommens ADL-ferdigheter ungdommens reguleringsevne, sosiale ferdigheter i samspill med andre, så vel som i samspill med familie. I observasjon av familiefungering får man også vesentlig informasjon om foreldrenes fungering, foreldreferdigheter og samspillsmønster som kan være opprettholdende eller dempende for ungdommens utfordringer. Ungdommen observeres også på skolen så lenge det ikke blir stigmatiserende for ungdommen, for å kartlegge fungering og påvirkningsfaktorer i skolesystemet.

ASEBA (Achenbach system og empirically based assessment) består av spørreskjemaer som fylles ut av foreldre, lærere og ungdom. CBCL står for Child Behavior Checklist og er skjema for foreldre/omsorgspersoner. CBCL skal besvares av omsorgspersonene til barn i alderen 6 - 18 år for å kartlegge kompetanse- og problemområder. TRF står for Teacher Report Form. TRF skal besvares av lærere for

å kartlegge faglig fungering, tilpasning og problemområder hos barn og ungdom i skolealder. YSR står for Youth Self Report som fylles ut av ungdom fra 11 år. Skjemaet brukes for å kartlegge ungdommens symptomer innenfor eksternaliserende og internaliserende vansker.

Dokumentgjennomgang I kartleggingsfasen er det også nødvendig å få tilgang på relevante dokumenter fra barneverntjenesten og samarbeidende instanser. Spesielt viktig er dokumenter som; Epikriser fra spesialisthelsetjenesten, sakkyndige rapporter fra PPT, og dokumenter fra sakshistorikk i barneverntjenesten.

Analyse av påvirkningsfaktorer og utvikling av mål og behandlingsplan

Etter kartlegging gjøres det en analyse av identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer, antallet påvirkningsfaktorer, hvor lenge de har vært til stede, hvor omfattende de er, og hvordan de har fått konsekvenser for ungdommens utvikling og psykiske vansker. Videre gjøres det en vurdering av hvilke faktorer som påvirker og opprettholder ungdommens psykiske vansker og fungering i dag, og hvilke faktorer som virker beskyttende. Deretter gjøres det en vurdering av hvilke individuelle delmål som skal settes for at hovedmålene i modellen skal nås. Delmålene bør rettes mot å endre faktorer som tenkes å opprettholde utfordringene på de ulike områdene, eller mot å styrke eller etablere nye beskyttelsesfaktorer som vil hjelpe til å nå målene. Delmålene bør også være målbare for å gjøre det enklere å vurdere om man beveger seg nærmere målet og om målet er nådd eller ikke. Behandlingsplanen vil også tydeliggjøre konkrete terapeutiske tiltak som skal brukes for å nå delmålene.

3.2 Utviklings- og endringsfasen

Den andre fasen, utviklings- og endringsfasen, er der hoveddelen av endring skjer. Tidsrammen for denne fasen tilpasses hver enkelt ungdom og familie, men det er viktig at endringsarbeidet har en klar tidsplan. Endringsarbeidet skjer gjennom samtidige prosesser av individuelt endringsarbeid, familiearbeid, arbeid med skole, og samarbeid med involverte instanser og øvrig

Individuelt endringsarbeid

Det individuelle endringsarbeidet beskriver det terapeutiske arbeidet som gjøres med ungdommen direkte. SEM-A legger vekt på at ungdom skal medvirke under hele forløpet. Ungdommen skal være en aktiv aktør og kontinuerlig være med på å utforme mål og påvirke egen endringsprosess. Før oppstart skal ungdommen være kjent med SEM-A modellen og hensikten med tiltaket. Det individuelle endringsarbeidet skal ta utgangspunkt i ungdommens individuelle behandlingsplan som utvikles og evalueres i samarbeid med ungdommen. Ungdomsansvarlig (oftest miljøterapeut) i AFT møter ungdommen 1-2 ganger per uke, og hovedkomponentene i disse treffene består av; terapeutisk tema, ferdighetstrening og miljøterapi. Ungdomsansvarlig møter ungdommen på den arenaen ungdommen er eller ønsker; f. eks, i hjemmet, på skolen, med venner, på cafe etc. Det individuelle endringsarbeidet tar utgangspunkt i risiko-

og beskyttende faktorer i og rundt ungdommen. Formålet med de ukentlige treffene er å endre og styrke disse faktorene, og vedlikeholde motivasjon hos ungdom for å jobbe med egen utvikling.

Terapeutisk tema er en samtale der ungdomsansvarlig og ungdommen tar utgangspunkt i de utfordringer ungdommen opplever. Ungdommen skal gjennom terapeutisk samtale oppnå økt forståelse for egen psykisk helse og utvikle ferdigheter hen er i behov av for å blant annet mestre selvivaretagelse, vennskap, skolegang og fungere i egen familie. Psykoedukasjon er en viktig metode i det terapeutiske arbeidet. Psykoedukasjon er opplæring om de spesifikke diagnosene og vanskene ungdommen har. I dette arbeidet lærer ungdomsansvarlig ungdommen til å bli kjent med og forstå varselsymptomer ved forverring av symptomer. Samtidig arbeides det med å utvikle mestringsstrategier for å håndtere symptomene, vanskelige følelser eller situasjoner. For å gjøre det forståelig og interessant for ungdommen vil visualisering av materialet ofte være hensiktsmessig for ungdommen. Supplering med undervisningsmaler, filmer, spill og for eksempel apper på mobil kan være gode verktøy. Psykoedukasjon kan fungere lindrende i seg selv, da kompetanse om eget strev vil gjøre ungdommen mer resilient (Larsen 2022). Terapeutiske tema innebærer også samtale rundt en ferdighet ungdommen er i behov av å etablere eller styrke, for så å legge plan for hvordan denne ferdigheten skal øves på.

Ferdighetstrening: Ferdighetstrening er utviklingen av spesifikke ferdigheter gjennom målrettet trening og øvelser. Ferdighetstrening er en planlagt intervensjon hvor ungdommen sammen med ungdomsansvarlig trener på nye ferdigheter. Ferdighetstrening utføres hver uke og kan kombineres med utførelsen av det terapeutiske temaet. Ferdigheter ungdommen er i behov av å utvikle kan omfatte relasjonelle, emosjonelle og sosiale ferdigheter, konkrete ferdigheter for å mestre egen psykiske helse, eller ferdigheter som øker ADL funksjon. Ferdighetstreningen i SEM-A følger 6 trinn:

1. Utvelgelse av ferdighet – Ungdomsansvarlig og ungdommen velger ut en ferdighet med bakgrunn i delmål og mål
2. Samtale om ferdigheten – Ungdomsansvarlig og ungdommen snakker om ferdighetens område og funksjon
3. Modellering – Ungdomsansvarlig viser ferdigheten ungdommen skal tilegne seg
4. Øve på ferdigheten – Ungdommen sammen med ungdomsansvarlig øver på ferdigheten gjennom rollespill
5. Generalisere – Ungdomsansvarlig og ungdom utfører ferdigheten i en naturlig setting
6. Evaluere – Ungdommen får tilbakemelding på utførelse av ferdigheten

Miljøterapi: Miljøterapi handler om å organisere miljøet og legge til rette for forandring og utvikling (Larsen 2022). Miljøterapi kan forstås som bestående av to komponenter; miljø og terapi. Miljø viser til den systematiske og gjennomtenkte organiseringen og tilretteleggelsen av tiltakets relasjonelle, psykologiske, sosiale,

materielle og fysiske betingelser ut fra den enkelte behov. Hensikten er å fremme muligheter til læring, mestring og utvikling. I møte med ungdommen bruker ungdomsansvarlig sin miljøterapeutiske kompetanse for å skape en ramme for det terapeutiske arbeid. Ungdomsansvarlig danner en terapeutisk relasjon med ungdommen som beskrevet i modellens første fase. Det må etableres en felles forståelse mellom ungdom og ungdomsansvarlig hva som er hensikt med treffene og hva endringsarbeidet skal bestå av. Gjennom å vise sensitivitet og interesse for ungdommen bygger ungdomsansvarlig en relasjon. En god relasjon mellom ungdomsansvarlig og ungdom er avgjørende og vil skape trygghet for at ungdommen kan arbeide med vanskelige temaer. Ungdomsansvarlig må gjøre seg relevant for ungdommen; sende SMS, ringe, fortsette å tilby kontakt gjennom terapeutiske treff med aktiviteter ungdommen setter pris på, eller kjenner på mestring rundt. Ungdomsansvarlig trenger å ha terapeutisk kompetanse. Terapeutisk kompetanse er de ferdigheter, kunnskaper og egenskaper som ungdomsansvarlig må ha for å legge til rette en terapeutisk ramme og arena. Disse egenskapene inkluderer gode kommunikasjonsevner, evne til inntoning, uttrykke empati, vise medfølelse og forståelse for ungdommens følelser og perspektiver. Ungdomsansvarlig må også være bevisst på egne holdninger, følelser og reaksjoner, og hvordan disse kan påvirke den terapeutiske relasjonen med ungdommen og endringsarbeidet som skal foregå. Kulturell kompetanse er avgjørende for å kunne arbeide med ungdommer fra ulike kulturelle bakgrunner, respektere kulturelle forskjeller og forstå hvordan kultur kan påvirke ungdommens opplevelser og verdier. Møte med ungdom fra mer kollektivistisk orienterte familier kan fremstå som mer hjelpeløse i møte med det individualiserte orienterte kulturen, og bør derfor tas med i betraktning når ungdomsansvarlig skal kartlegge ungdommens behov for f. eks ferdighetstrening (Larsen 2022).

Familiearbeid

Hensikten med familiearbeidet i SEM-A er å skape et bedre fungerende familiesystem og en bedre omsorgssituasjon for ungdommen slik at ungdommen kan fortsette å bo hjemme. En familie kan sees på som et unikt sosialt system med en rekke sub/undersystemer. Foreldre, søsken, «jentene» etc er eksempler på slike subsystemer. Alle familier utvikler sine egne former for samhandling og kommunikasjon, som kan være mer eller mindre hensiktsmessige. Familiesystemiske teorier tar utgangspunkt i at symptomer oppstår innenfor en kontekst av sosial samhandling, og at endringer i familiestruktur vil bidra til endring i hvert enkelt individ.

Hovedkomponentene i SEM-As familiearbeid består av foreldreveiledning og familieterapi, og begge tar utgangspunkt i å styrke beskyttende- og reduser riskofaktorer i familiesystemet og familiens nettverk. I SEM-As målgruppe er det stor variasjon i både alvorlighetsgrad og antall risikofaktorer i familien. Da hver og en familie vil ha behov for individuell tilpasning vil også metoder og verktøy for familieterapi og foreldreveilednings variere.

Foreldreveiledning: Foreldreveiledning består av ukentlige møter mellom foreldre og AFT teamets familieansvarlig - familieterapeut eller psykolog. Møtene foregår i hovedsak hjemme hos familien, men kan også gjennomføres på andre arenaer. Det gis også veiledning og støttesamtaler til foreldrene over telefon utover faste møter. Foreldrene kan også ta kontakt med teamets vakttelefon og få direkte veiledning i situasjoner som oppstår. Gjennom foreldreveiledningen har SEM-A et gjennomgående fokus på å styrke og opprettholde foreldrenes motivasjon for videre endringsarbeid. Et viktig element ved dette er å støtte og validere foreldrene i deres utfordringer og styrke deres tro på endring. Veiledningen rettes mot å styrke foreldreferdigheter som vurderes som beskyttende for ungdommen, og endre riskofaktorer ved omsorgsutøvelsen. Sentrale foreldreveiledningstemaer i SEM-A er: struktur og rammer, samspill og sensitivitet, utviklingsstøttene omsorg, kommunikasjon- og problemløsningsferdigheter, og foreldrenes egne reguleringsferdigheter. Foreldrene tilegner seg nye foreldreferdigheter gjennom psykoedukasjon, ferdighetstrening og veiledning. Foreldreveiledningen henter elementer blant annet fra Circle Of Security, Tuning Into Teens, Emosjonsfokusert foreldreveiledning, ART og FBT m.m.

Familieterapi: I familieterapi møtes familieansvarlig, ungdomsansvarlig, foreldre og ungdom til ukentlig møter. Møtene foregår hovedsakelig i hjemmet, men for noen familier kan det være nyttig å ha møtene på et nøytralt sted. Søsken og andre viktige familiemedlemmer eller nettverk kan inviteres med inn i terapien. I familieterapien jobbes det med å endre familiens samspill og kommunikasjon- og problemløsningsferdigheter. I terapien er det et gjennomgående fokus på å styrke og opprettholde familiens motivasjon for videre endringsarbeid og å hjelpe familien til å ha positive relasjonsstyrkende øyeblikk. Arbeidet baserer seg på sirkulær forståelse hvor alle familiemedlemmene gjensidig påvirker hverandre. Det vil derfor være viktig å trekke linjer mellom fortid og nåtid, konkrete handlinger og konsekvent atferd. Det er viktig at alle i rommet skal føle seg sett, verdsatt og som en del av fellesskapet. Hovedtemaene i familieterapien består av reparasjonsarbeid mellom foreldre og ungdommen, endre uheldig samspillsmønstre og dynamikk, samt tilegne seg nye og bedre kommunikasjon og problemløsningsstrategier. Noen sentrale hovedretninger i det familieterapeutiske arbeidet er hentet fra de familiesystemiske modellene: strukturell, strategisk, språkssystemisk, løsningsfokusert og narrativ familieterapi, samt milanomodellen. I tillegg brukes også elementer fra ART – Aggression replacement therapy, TIPS – psykoedukativt familiearbeid og FBT – familiebasert terapi for spiseforstyrrelser.

Skolearbeid

Skole er en viktig arena for læring, kunnskap og utviklingen av ferdigheter og holdninger for å mestre egne liv. Skoledeltakelse kan strukturere og gi et meningsfullt innhold i hverdagen, samtidig som ungdommen kan få tilgang til et positivt sosialt nettverk. Arbeid med skolesystemet utføres av spesialpedagog i AFT teamet, mens arbeid direkte med ungdommen rundt skoleproblematikk utføres av ungdomsansvarlig. Skolearbeidet tar utgangspunkt i å styre beskyttende faktorer og redusere risikofaktorer i skolesystemet. Gjennom samtaler og samarbeidsmøter

jobber spesialpedagogen tett opp mot skolepersonell og PPT rådgiver på skolen. Å etablere og opprettholde deltagelse på skolen er et sentralt arbeid i SEM-A. Det lages konkrete planer mellom hjem, skole og AFT team for å sikre skolenærvær og tilpasset oppfølging. Ungdomsansvarlig er også sentral i dette arbeidet og jobber direkte med ungdommen rundt dette. Noen ganger er skoletilbudet fraværende eller ungdommen er i behov av et skolebytte. I begge tilfeller bistår AFT med å søke skoleplass og opprette kontakt med ny skole. Det jobbes også aktivt med å styrke samarbeidet mellom hjem og skole. Gjennom veiledning og psykoedukasjon jobber spesialpedagogen direkte med lærere og annet skolepersonell rundt eleven for å øke deres kompetanse og kunnskap om ungdommens psykiske lidelse og behov for tilrettelegging på skolen.

Nettverksarbeid

Nettverksarbeid består av å redusere risiko og styrke beskyttelsesfaktorer som finnes i ungdommenes venner nettverk og nærmiljø eller på en fritidsarena. Ungdommen får hjelp til å styrke eller etablere sunne vennskapsrelasjoner i positive miljøer, samt redusere kontakten med nettverk og miljøer som hindrer positiv utvikling. Videre jobbes det med å knytte kontakter med ungdomsklubber eller fritidsaktiviteter som kan fremme positiv utvikling.

Samarbeid med andre instanser

De fleste ungdommer og familier i SEM-As målgruppe er i behov av hjelp fra flere instanser og vil sannsynligvis også ha behov for hjelp fra disse etter tiltak fra AFT. God sammenheng og kontinuitet for ungdommen krever tett samarbeid med disse instansene og tydelig avklaring og fordeling av roller og oppgaver. Under tiltak fra AFT overtar ofte AFT en midlertidig koordinerende rolle i samarbeid med andre instanser. I de tilfellene der det er opprettet en koordinator fra før av er ikke dette nødvendig.

Spesialisthelsetjenesten, særlig Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) er en sentral samarbeidspartner. Mange av ungdommene i SEM-As målgruppe er i behov av poliklinisk behandling som de skal fortsette med under tiltak fra AFT. Det må etableres et tett samarbeid mellom ungdomsansvarlig i AFT og BUP behandler for å ivareta en rød tråd i modellens tiltak. Det vil være en nødvendighet at behandlingen på BUP og endringsarbeidet i SEM-A tar utgangspunkt i å endre de samme påvirkningsfaktorene hos ungdommen og i systemene rundt.

Som AFTs oppdragsgiver må det sikres god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom AFT og barneverntjenesten. Familie og foreldreveiledningstiltak i regi av barneverntjenesten bør settes på pause eller avsluttes under de to første fasene av SEM-A. Mange av SEM-As familier og ungdommer vil ha behov for veiledning og kompenserende tiltak fra barneverntjenesten etter tiltak fra AFT. Det er viktig at disse tiltakene kommer på plass i overgangsfasen for å skape sammenheng og sikre god videreføring av arbeidet rundt ungdommen. Avhengig av ungdommens behov kan andre viktige samarbeidspartnere være Nav, boligkontoret, PP-tjenesten med flere.

3.3 Generaliseringsfase og ettervern

Generaliseringsfase

SEM-As tredje fasen omfatter de siste 8 ukene av endringsprosessen. I denne fasen går endringsprosessen over i et generaliseringsforløp. Endringer og nye ferdigheter opprettholdes og overføres til de situasjoner og områder som er i ungdommenes og familiens naturlige miljø. Det gjøres analyser av hva som har ført til positiv endring, og hvilke risikofaktorer som gjenstår. I samarbeid med ungdom og familie utvikles det en generaliseringsplan som inneholder en oversikt over faktorer som har bidratt til positiv utvikling, plan for å opprettholde disse, samt en oversikt over hva som kan gå galt (basert på eksisterende risikofaktorer) og hva ungdom, familie eller andre involverte kan gjøre i så tilfelle. Det skal ikke innføres nye elementer i endringsarbeidet i denne fasen, men tas utgangspunkt i de endringer og ferdigheter som allerede er oppnådd. Miljøterapi, familiearbeid, individuelt endringsarbeid og skole- og systemarbeid er fortsatt hovedkomponentene i denne fasen. Tiltakene skal være mindre hyppige og ungdommen og familien skal ta i bruk ressurser og hjelpesystemer i deres eget nettverk/lokalområde. I tillegg vil det være ekstra fokus på å få på plass andre nødvendige utviklingsfremmende og kompensierende tiltak rundt ungdommen. En del familier vil etter et tiltak fra AFT fortsatt være i behov av hjemmebaserte tiltak.

Ettervern

De fire siste ukene av tiltaket inneholder en ettervernsfase. Endringsarbeidet er avsluttet og det resterende arbeidet består i hovedsak av systemarbeid. Terapeutisk prosesser og relasjoner lukkes og avsluttes. Hensikten med ettervernsfasen er at ungdommen og familien opplever trygghet og forutsigbarhet i en overgangsfase, og at systemene ungdommen naturlig inngår i har etablert rammer og forhold som vil opprettholde de nye ferdighetene og videreføre positive endringer. Samarbeidsmøter og overføring av informasjon er viktige elementer i denne fasen. Tiltakene er få, men kan innebære noen treff med ungdommen og familien, telefonsamtaler o.l.

4.0 Strukturelle forutsetninger for modellen

For at SEM skal fungere etter hensikten er det avgjørende at enkelte strukturer og prosedyrer er etablert. Det er vesentlig å ha strukturer og prosedyrer som sikrer riktig målgruppe, evaluering og veiledning som øker behandlingsintegritet samt nødvendig kompetanse og rollefordeling.

4.1 Målgruppedifferensiering og avklaring før inntak

Det er viktig at det foregår en inntaksprosess i forkant av beslutning om bruk av AFT. SEM-A har en spesifikk målgruppe, og det må gjøres drøftinger og avklaringer i forkant for å sikre at SEM-A er riktig for ungdommen og familien, slik at de vil kunne

nyttiggjøre seg av tilbudet. Drøftingene i forkant må omhandle målgruppe og hensikt med tiltak. Barneverntjenesten må få tilstrekkelig forståelse for SEM-A modellens rammer og arbeidsmetoder slik at dette kan formidles til familien og ungdommen før oppstart.

4.2 Evaluering

Evalueringer er en viktig del av SEM-A. Hver fjerde uke gjøres evaluering av målene og tiltakene i behandlingsplanen. Evalueringen gjøres sammen med ungdommen, familien, barneverntjenesten og internt i teamet, og innebærer en vurdering av framgang og barrierer i å nå målene. De overordnede målene og delmålene vurderes som nådd, delvis nådd eller ikke nådd, og endres ved behov. Det skal gjøres vurdering av om rammene og strukturen i modellen følges, og om det foreligger eventuelle forhold som vanskeliggjør dette.

4.3 Team og kompetanse

Da SEM-A er en fagmodell som benyttes for ungdom med psykiske lidelser er det nødvendig at ansatte som jobber i AFT har kompetanse på barnevern og psykiske lidelser. Arenafleksibelt team skal være tverrfaglig bygget opp av familieterapeuter, psykologer, spesialpedagog og miljøterapeuter med videreutdanning eller relevant arbeidserfaring. Det kreves familieterapeutisk eller psykologfaglig kompetanse for å kartlegge, vurdere og utøve hovedvekten av arbeidet opp mot familiesystemet. Det kreves spesialpedagogisk kompetanse for å arbeide opp mot skolesystemet. Teamet rundt hver familie skal bestå av en familieansvarlig og ungdomsansvarlig. Spesialpedagogen inngår i alle team.

4.4 Møtestruktur og fagveiledning

SEM-A krever at AFT har en fast møtestruktur for å styrke og opprettholde de faglige elementene i modellen. Teammøter og behandlingsmøter skal organiseres hver uke. Møtene skal ta utgangspunkt i delmål, hovedmål og ungdommens utvikling. Psykologene tilknyttet AFT skal veilede øvrige teammedlemmer på psykiske helse og de faglige elementene i SEM-A.

Referanser

- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Bath, H. (2015) The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours *Reclaiming Children and Youth* 23(4) 6-11
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borge, A. I. H. (2018). Resiliens- risiko og sunn utvikling (3. Utgave). Oslo: Gyldendal.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22, 734-742
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, vol. 101(4), Oct 1994, 568-586.
- Bufdir (2023). Veileder for forløp i barneverninstitusjoner (978-82-8286-381-0)
https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/veileder_for_forlop_i_barneverninstitusjoner.pdf
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14(3), 477-498. <https://doi.org/10.1017/S095457940200305X>
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- Engel, G. L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286):129-36.
- Johnsen, A. & Wie Torsteinsson, V. (2012): Lærebok I familieterapi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann 2015. Psykologi i organisasjon og ledelse. 5.utg. Bergen: Fagbokforlaget. Kaye et al., 2015
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M. & Wichstrøm, L., (2015) *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*, Hentet fra:
https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKB_U.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, E (2022). *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut* (4.utg.). Universitetsforlaget

- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014) Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 51(7), 531-536.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017) *Utviklingstraumer Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
DOI:10.1046/j.1365- 2648.2003.02932.x
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Shonkoff, J.P. & Fisher, P.A (2013). Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1635-1653.
- Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind*, Second Edition. New York: Guilford Publications.
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). ADHD i Norge: En statusrapport. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf