

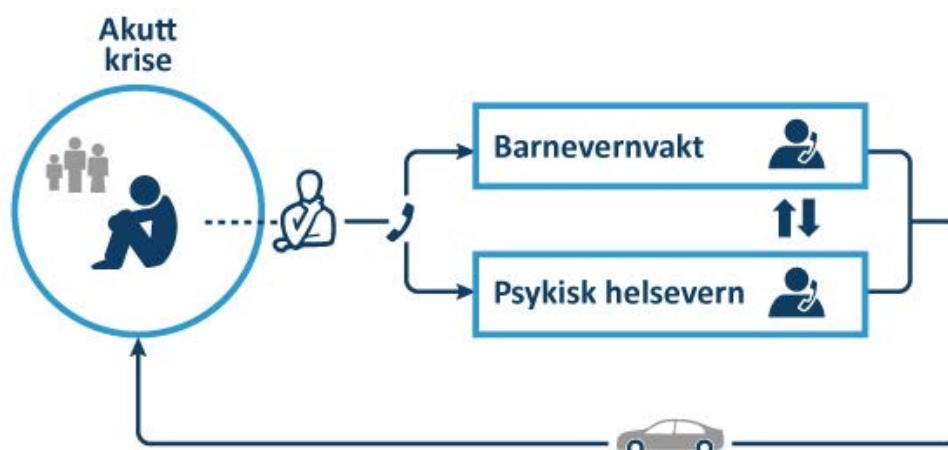
Rapport

Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern

Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand

Forfatter(e)

Marian Ådnanes
Gry Mette Dalseng Haugen
Line Melby





SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Telefaks: 93070500

ts@sintef.no

www.sintef.no

Foretaksregister:

NO 948 007 029 MVA

Rapport

Forsøk på felles, tverretatlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern

Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1DATO
2016-09-22

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes
Gry Mette Dalseng Haugen
Line Melby

OPPDRAKSGIVER(E)

Kristiansand kommune

OPPDRAKSGIVERS REF.

Johanne Stokke

PROSJEKTNR

102008477

ANTALL SIDER:

116

Sammendrag

I Kristiansand har man gjennom en treårs-periode prøvd ut en modell der barnevern og psykisk helsevern for barn og unge samarbeider i en felles, tverretatlig akuttjeneste. Akuttprosjektets hovedmål har vært å utvikle en samordnet, koordinert og behovstilpasset tjeneste til barn og unge og deres familier, med behov for hjelp i akutte kriser og i oppfølgingen etterpå. Rapporten undersøker i hvilken grad og med hvilke tiltak dette er oppnådd. Datagrunnlaget består av fokusgruppeintervjuer og kvalitative intervjuer med brukere og ansatte samt data fra klientkartotek. Evalueringen viser at Akuttprosjektet, gjennom en rekke organisatoriske, administrative og faglige tiltak i stor grad har lyktes med å skape en samarbeidsplattform for en felles, tverretatlig akuttjeneste. Modellen inneholder en rekke elementer som fremmer god koordinering mellom tjenestene, noe som kommer brukeren til gode på flere måter. Både ungdommer og foreldre er jevnt over fornøyd med hjelpen og oppfølgingen de har fått. Akuttprosjektet møtte noen utfordringer, særlig knyttet til målet om koordinert oppfølging av samarbeidssaker etter akuttfasen, noe som ble forsøkt løst gjennom organisatoriske tillempninger underveis. Rapporten gir anbefalinger avslutningsvis, blant annet om mer systematisk og kontinuerlig fagutvikling gjennom evaluering av samarbeidssaker. Dette både for å styrke felles faglig plattform, styrke den enkelte sak samt videreutvikle gode rutiner generelt i modellen.

UTARBEIDET AV

Marian Ådnanes, forskningsleder



KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth, seniorforsker



GODKJENT AV

Randi Eidsmo Reinertsen, forskningssjef

RAPPORTNR
SINTEF A27731ISBN
978-82-14-06042-3GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1	2016-08-20	[Tekst]

Forord

I Kristiansand samarbeider den kommunale barneverntjenesten, psykisk helsevern for barn og unge ved Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) om å tilby et koordinert og behovstilpasset tilbud til barn, unge og deres familier i akutte kriser. I denne rapporten presenteres og drøftes resultater fra evalueringen av det såkalte Akuttprosjektet. Prosjektet er basert på at de akutte tjenestene i barnevernet og det psykiske helsevernet har fritak fra taushetsplikten for fritt å kunne ta kontakt med hverandre, innhente informasjon og samarbeide i akutte saker.

I evalueringen av Akuttprosjektet har et forskerteam fra SINTEF og NTNU Samfunnsforskning fulgt prosjektet i en toårsperiode. Datainnsamlingen har vært utført ved fokusgruppeintervjuer ved prosjektenhetene, og individuelle intervjuer av ledelse og ansatte, brukere og deres familier. Videre utgjør tallmateriale fra Akuttprosjektets klientregister grunnlag for analyse av samarbeidssaker i prosjektperioden.

SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse og NTNU Samfunnsforskning har gjennomført evalueringen i et samarbeid mellom tre forskere: Marian Ådnes (forskningsleder, PhD psykologi) og Line Melby (seniorforsker, PhD sosiologi) ved SINTEF, og Gry Mette Dalseng Haugen (forskningsleder, PhD sosiologi) ved NTNU Samfunnsforskning. Forsker Frida Kasteng ved SINTEF har tilrettelagt data fra Akuttprosjektets klientregister for analyse. SINTEF har vært prosjektansvarlig.

Oppdragsgiver for evaluering har vært Kristiansand kommune. SINTEF takker for et godt samarbeid med ulike sentrale aktører i Akuttprosjektet, og først og fremst prosjektledelsen; Johanne Stokke ved Barnevernvakten og Kristin Stokke ved Akutt ambulant enhet ved Sørlandet sykehus. Videre rettes en stor takk til alle ansatte for deling av sine erfaringer med Akuttprosjektet. En særlig takk rettes til alle brukere – ungdommer og foreldre som fortalte om sine erfaringer med hjelpetilbudet.

Trondheim, september 2016

Marian Ådnes, prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	8
1 Innledning	14
1.1 Tverretatlig akuttjeneste for barn og unge i Kristiansand kommune.....	14
1.2 Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag.....	15
1.2.1 Målsettinger for tverrsektoriell akuttjeneste.....	15
1.3 Oppgaver, roller og juridiske rammebetingelser i barnevern og psykisk helsevern for barn og unge.....	16
1.3.1 Juridiske rammebetingelser for felles tverretatlig akuttjeneste.....	17
1.4 Offentlige føringer for helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge.....	18
1.5 Forskning på samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge.....	19
1.5.1 Studier av omfang og kvalitet av samarbeidet mellom barnevern og PHBU.....	20
1.5.2 Faktorer som hemmer og fremmer samarbeid.....	21
1.6 God kontinuitet - gode forløp.....	23
1.7 Barn og unges behov for, og rett til medvirkning.....	24
1.8 Evalueringens mål og problemstillinger.....	25
1.8.1 Spørsmål som belyses i evalueringen.....	26
2 Metodisk opplegg i evalueringen	28
2.1 Datainnsamling i organisasjonsstudien.....	28
2.2 Datainnsamling i brukerstudien.....	29
2.2.1 Brukerne representert i brukerstudien.....	29
2.2.2 Begrepsbruk hos brukerne.....	30
2.2.3 Brukernes kjennskap til Akuttprosjektet.....	30
2.2.4 Mulighet for generalisering - brukerstudien.....	30
2.2.5 Ethiske vurderinger ved intervju av brukere.....	31
3 Resultater	32
3.1 Tiltak, prosedyrer og forløp i den tverretatlige akuttjenesten.....	32
3.1.1 Etablering av samarbeidssak, og det videre forløp.....	33
3.2 Samarbeidssaker i den tverretatlige akuttjenesten - omfang og karakteristika.....	35
3.2.1 Bekymring og problematikk i akuttsakene.....	35
3.2.2 Alder og kjønn hos barna i samarbeidssakene.....	36
3.2.3 Bekymring og problematikk fordelt på barnas alder.....	36
3.2.4 Bekymring og problematikk fordelt på barnas kjønn.....	37
3.2.5 Samarbeidstiltak mellom prosjektenhetene knyttet til akutt sak.....	38
3.2.6 Oppsummering – omfang og karakteristika av samarbeidssaker.....	39
3.3 Tiltak for utvikling av samarbeidsplattform for en tverretatlig akuttjeneste.....	40
3.3.1 Nyttig kick-off i en ellers treg startfase.....	40

3.3.2	Betydning av fritak fra taushetsplikten.....	41
3.3.3	Ringerutine for BVV og AAE som virkemiddel for kontaktetablering.....	44
3.3.4	Hospitering og felles rapport.....	46
3.3.5	Kompetanseutviklende tiltak som virkemiddel.....	47
3.3.6	Samarbeid med St. Hansgården i akuttfasen.....	48
3.3.7	Samarbeid med ungdomsavdelingen.....	49
3.3.8	Oppsummering – utvikling av en samarbeidsplattform for felles akuttjeneste.....	50
3.4	Roller, ansvar og informasjon ved felles akutt utrykning (AAE-BVV).....	52
3.4.1	Avklaring av roller før utrykning.....	53
3.4.2	Forberedelse til felles utrykning.....	55
3.4.3	Evaluering i etterkant av utrykning.....	56
3.4.4	Informasjon til brukerne om tjenestene tilstede ved den akutte utrykningen.....	57
3.4.5	Oppsummert – roller, ansvar og informasjon i akuttfasen.....	58
3.5	Sikring av koordinert oppfølging etter akuttfasen.....	59
3.5.1	Ulik oppfatning av akuttbegrepet – hinder for koordinert oppfølging.....	59
3.5.2	Bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevern etter akuttfasen.....	62
3.5.3	Oppsummering – koordinert oppfølging etter akutt fase.....	63
3.6	Effekter av felles akuttjeneste ut fra et systemperspektiv og ansattperspektiv.....	63
3.6.1	Ansattes holdninger til akuttjenestens virkning på plasseringer og henvisninger.....	64
3.6.2	Barnevernsinstitusjon alternativ til innleggelse i psykisk helsevern.....	64
3.6.3	Endringer i fagfeltet - deinstusjonalisering.....	66
3.6.4	Akuttjenestens bidrag overfor brukerne, slik ansatte ser det.....	66
3.6.5	Oppsummering – effekter (system- og ansattperspektiv).....	67
3.7	Ungdommenes erfaringer med akutt fase.....	68
3.7.1	Varierende erfaringer med akutt fase.....	68
3.7.2	Informasjon og informasjonsflyt.....	69
3.7.3	Møtet med den tverretatlige akuttjenesten.....	71
3.7.4	Ulike forståelser av hva som er akutt?.....	73
3.7.5	Møte med St.Hansgården.....	75
3.7.6	Hva kunne vært gjort annerledes?.....	76
3.7.7	Oppsummering – ungdommenes erfaringer med akutt fase.....	76
3.8	Foreldres erfaringer med akutt fase.....	77
3.8.1	Informasjon og informasjonsflyt.....	78
3.8.2	Møtet med den tverretatlige akuttjenesten.....	78
3.8.3	Hva kunne vært gjort annerledes?.....	81
3.8.4	Oppsummering – foreldres erfaringer med akutt fase.....	83
3.9	Ungdommenes erfaringer med oppfølging etter akutt fase.....	84
3.9.1	Positive erfaringer med oppfølgingen.....	84
3.9.2	Hva kunne vært gjort annerledes?.....	86
3.9.3	Oppsummering – ungdommenes erfaringer med oppfølging.....	90
3.10	Foreldres erfaringer med oppfølging etter akutt fase.....	91
3.10.1	Positive erfaringer med oppfølgingen.....	91

3.10.2	Hva mener foreldre kan gjøres annerledes i oppfølgingen?	92
3.10.3	Oppsummering – foreldres erfaringer med oppfølging	94
3.11	Minoritetsperspektivet	94
3.12	Ungdommenes erfaringer med brukervedvirkning	96
3.12.1	Positive erfaringer med brukervedvirkning	96
3.12.2	Hva kunne vært gjort annerledes?	98
3.12.3	Oppsummering – ungdommenes erfaringer med brukervedvirkning	99
3.13	Foreldres erfaringer med brukervedvirkning	100
3.13.1	Positive erfaringer med brukervedvirkning	100
3.13.2	Hva kunne vært gjort annerledes	100
3.13.3	Oppsummering – foreldres erfaringer med brukervedvirkning	101
4	Oppsummering, diskusjon og anbefalinger	102
4.1	Tverretattlig akuttjeneste - et viktig nasjonalt pilotprosjekt	103
4.2	Anbefalinger for (videre) implementering av en tverretattlig akuttjeneste	104
4.2.1	Tiltak for god koordinering i akuttfasen	105
4.2.2	Tiltak for å sikre koordinering etter akuttfasen	106
4.2.3	Tiltak for brukerorientering/brukervedvirkning	108
4.2.4	Implementering og prosjektledelse	109
5	Litteratur	110

Sammendrag

Akuttprosjektet i Kristiansand er et tre-årig forsøk på en tverretattlig akuttjeneste der målet har vært å utvikle en koordinert og behovstilpasset tjeneste til barn, ungdom og familier i krise, hvor disse har behov for hjelp fra både barnevern og psykisk helsevern. De operative enhetene er barnevernvakta (BVV) ved kommunens barneverntjeneste og Akutt ambulans enhet (AAE) ved Sørlandet sykehus HF, St. Hansgården barnevernsinstitusjon ved Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat, region Sør) og ungdomsavdelingen i det kommunale barnevernet. En viktig forutsetning for Akuttprosjektet er unntak fra reglene om taushetsplikt som ble gitt ved kongelig resolusjon. Dermed kunne de akutte enhetene ved henholdsvis barnevern og psykisk helsevern (BVV og AAE) utveksle informasjon om enkeltsaker, og rykke ut sammen i en krisesituasjon uten at det var nødvendig med samtykke fra bruker.

I evalueringen har vi gjort en brukerstudie og en organisasjonsstudie med individuelle intervjuer og gruppeintervjuer med henholdsvis ansatte, ledelse og brukere (ungdommer og foreldre). Det ble gjort 32 individuelle intervjuer og ti gruppeintervjuer med ansatte i de ulike enhetene (BVV, AAE, St. Hansgården og ungdomsavdelingen) og 23 intervjuer med 26 brukere. I tillegg dokumenteres Akuttprosjektets aktivitet gjennom analyse av data fra klientregister, noe som gir innsikt i hva som karakteriserer de konkrete samarbeidssakene.

Omfang og karakteristika ved samarbeidssaker i tverretattlig akuttjeneste

Akuttprosjektet har i en periode på omlag 2,5 år (fram til 15. mai 2016) samarbeidet om 232 barn og unge i krise. Etter en første kontakt på telefon mellom AAE og BVV for å drøfte og avklare problematikken i saken, ble det i 63 prosent av sakene avgjort at begge tjenestene skulle bidra inn i den akutte fasen. I de resterende sakene tok en av tjenestene saken videre alene etter å ha drøftet saken på telefon, og vurderte at det ikke var behov for den andre tjenesten.

Av de 232 sakene var 45 prosent registrert som omsorgsbekymring eller bekymring knyttet til familievold. Videre dreide 17 prosent seg om bekymring knyttet til rus og/eller utagering, mens like mange handlet om bekymring for selvmord. Det var en overvekt av jenter i sakene (62 prosent), og flest i aldersgruppen 13-17 år. I denne aldersgruppen var bekymring først og fremst knyttet til rus/utagering (24 prosent), dernest selvmordsfare (19 prosent) og omsorgsbekymring (19 prosent). Bekymring for selvmord var vesentlig høyere for jenter enn gutter. I aldersgruppen 0-12 år er de fleste bekymringer knyttet til omsorgssituasjon og familievold. I gruppen 0-6 år fantes også saker med bekymring for seksuelle overgrep.

Tiltak for utvikling av en samarbeidsplattform for felles akuttarbeid

Akuttprosjektet har i stor grad lyktes med å etablere en samarbeidsplattform mellom barnevern og psykisk helsevern. Intervjuene med ansatte og ledelse i de fire prosjektenhetene viser at man er enige om at prosjektet i stor grad har bidratt til at man har blitt godt kjent på

tvers, noe som har vært helt grunnleggende for godt samarbeid i enkeltsaker. De administrative og organisatoriske tiltakene som etter hvert ble innført har vært sentrale; «kick-off» innledningsvis, ringe hverandre ved alle akutte henvendelser, hospitering og kompetanseheving gjennom felles fagdager. De ansatte rapporterer at det er blitt vesentlig lettere både å ta kontakt og å oppnå kontakt når man vurderer at det er behov for den andre enhetens kompetanse inn i en sak. Videre at modellen gir rom for å være mer fleksibel og løsningsorientert. Man har samarbeidet før, men samarbeidet har i mye større grad vært avhengig av enkeltpersoner. Nå er det satt i system.

Det var litt delte meninger blant de ansatte om nødvendigheten av å ringe hverandre i absolutt alle saker, men innføring av en formalisert ringerutine var nødvendig for å øke bevisstheten om hverandre som samarbeidspartnere, styrke rutinen med å kontakte hverandre og øke antallet samarbeidssaker i regi av prosjektet. Rutinen medførte at enhetene ikke definerte hverandre ut, uten en grundig drøfting i fellesskap. Man kan også si at ringerutinen var nødvendig ut fra barnas behov ettersom felles drøfting av saken også avdekket et mer sammensatt bilde av problematikken knyttet til barnet og familien.

Hospitering var et annet tiltak brukt som et ledd i det å bli kjent med hverandres tjenester. Alle turnusarbeiderne ved AAE hospiterte minimum fem kveldsvakter hver hos BVV, og ansatte fra BVV hadde noen dager hos AAE. Når det gjelder sistnevnte varierte utbyttet noe, avhengig av hvor mye BVV-ansatte ble inkludert i det daglige arbeidet. Et felles rapportmøte for AAE og BVV ble også innført.

Akuttprosjektets fagdager har bidratt til de ansattes kompetanseheving innen akuttarbeid og det å jobbe tverrfaglig. Fagdage har inneholdt en kombinasjon av interne innlegg, diskusjon av saker og forståelse av akuttarbeid samt faglige innlegg fra eksterne. Samlet har dette gitt en felles forståelse av hva tverretatlig akuttjeneste skal bidra med og hvordan man skal jobbe med felles saker. I tillegg til gode og interessante fagdager for de ansatte ble behovet for fagutvikling i mindre grupper knyttet til konkrete samarbeidssaker påpekt. Dette innspillet understøttes ved at flere ansatte påpekte behovet for grundigere evaluering etter akutte utrykninger.

Fritak fra taushetsplikten er grunnleggende for modellen. Intervjuene med de ansatte viste variasjoner når det gjaldt oppfatninger og praktisering av taushetsplikten (praksis før Akuttprosjektet, og nåværende praksis når det gjelder andre kommuner). De ansatte la vekt på nytteverdien og effektiviteten av et fritak, at det var mye lettere å ta kontakt og innhente informasjon fra samarbeidende tjenester samt trygghet for at man fikk med seg viktig informasjon i saken. En «bonus» var også at ingen lenger kunne være utilgjengelig ved å «gjemme seg bak taushetsplikten».

Utvidelse av samarbeidsflaten mot St. Hansgården og ungdomsavdelingen

Samarbeidsflaten i Akuttprosjektet ble utvidet idet man inkluderte St. Hansgården barnevernsinstitusjon (Bufetat) og ungdomsavdelingen i barnevernet, enheter som i noen grad jobber akutt, men som i utgangspunktet ikke er i utrykning sammen med BVV og AAE. St. Hansgården trekkes inn dersom det er aktuelt med plassering ved barnevernsinstitusjon eller såkalt «Hjemme hos»-tiltak. Ungdomsavdelingen trekkes inn i akuttfasen dersom de har kunnskap om den aktuelle ungdommen eller familien saken dreier seg om, men har sin primære rolle idet saken eventuelt overføres til avdelingen *etter* den akutte fasen.

Intervjuene med de ansatte og ledelsen viser at Akuttprosjektet i svært liten grad har benyttet St. Hansgårdens «Hjemme hos»-tiltak, men ikke grunnet misnøye. Erfaringer med tiltaket var gode der det faktisk ble brukt. Evalueringen tyder på at det er flere årsaker til at tiltaket i liten grad har blitt brukt: litt lite kjennskap til tiltaket og når det kan benyttes, en litt høy terskel basert på formaliteter, lovkrav og kostnader og at man i den felles akuttjenesten har funnet andre løsninger ved å bruke hverandres ressurser og mobilisert nettverket rundt familiene.

Roller, ansvar og informasjon i akuttfasen

Akuttprosjektet har ført til at de ansatte i prosjektenhetene har blitt bedre kjent med respektive barneverntjenester og psykisk helsevern, og fått større forståelse for hverandres oppgaver og gjøremål. I møtet med brukerne rapporterer de ansatte at de opplever å fremstå som en mer enhetlig hjelpeinstans. Hovedinntrykket er at man i liten grad har slitt med ulik forståelse, og at man også har blitt mer likestilte gjennom prosjektet. Samtidig påpekes viktigheten av å opprettholde egen faglig identitet. Det er ikke et poeng å bli lik, men å komplementere hverandre med kunnskap fra de to ulike fagfeltene. Mange ansatte opplever det som trygt at fagpersonen fra den andre tjenesten representerer en kompletterende kompetanse som man ellers ofte har savnet i det akutte arbeidet. Man opplever å få raskere avklaring på hvilke tjenester som skal være med, hvordan man skal jobbe og hvilke tiltak som skal settes inn. Dette opplever de ansatte som en stor fordel, ikke minst for brukeren.

Selv om hovedinntrykket er at man fremstår som en mer enhetlig hjelpeinstans i akuttfasen virker det seg å være en del å gå på når det gjelder forberedelse og evaluering av sak. Særlig etterlyser de ansatte en bedre avslutning etter en felles akutt utrykning, blant annet en tydeligere avklaring på hvem som skal følge opp saken videre. I selve akuttfasen vil arbeidet gjerne kreve fleksibilitet overfor ulike typer situasjoner. Ikke desto mindre er behovet for grundig evaluering i etterkant. Dette både for å sikre den enkelte sak og for å videreutvikle gode rutiner generelt. Prosjektledelsen har vært opptatt av å stadig søke forbedring i prosjektet, og det ble også utviklet et eget rutinehefte. Hovedinntrykket er likevel at hyppigere og mer systematisk evaluering av samarbeidssaker ville kunne gitt mer kontinuerlig utvikling av forståelse og rutiner.

En akuttjeneste der barnevern og psykisk helsevern drar ut sammen er ikke bare nytt for de ansatte. Det er også nytt for brukerne, noe som gjør at det er behov for at de orienteres om at begge tjenestene er tilstede. Evalueringen viser at man ikke har hatt en ensartet praksis i Akuttprosjektet når det gjelder å informere om at dette er en felles akuttjeneste i møte med brukerne. Når det har blitt gitt informasjon, har man lagt vekt på å kommunisere at: «*dette er et prosjekt*» og «*slik gjør vi det*». Her kan det ligge avveininger mellom det å kommunisere formaliteter i krisesituasjoner, og det å konsentrere seg om å roe ned og jobbe løsningsorientert og effektivt. Samtidig trengs det å tydeliggjøre overfor brukerne hvem det er de får hjelp av. Enkelte ansatte foreslo å lage en informasjonsbrosjyre som kan deles ut eller legges igjen, noe som virker som en god idé.

Oppfølging etter den akutte fasen

Akuttprosjektet skulle også sikre brukerne koordinert oppfølging *etter* akuttfasen. Evalueringen viser at felles akuttjeneste her ble særlig utfordret av eksisterende rutiner som medførte dårlig kontinuitet mellom barnevernvakta og barneverntjenesten. Akuttprosjektet synliggjorde et hull når det gjaldt overføring internt i barneverntjenesten, noe som medførte at endringstiltak ble iverksatt. Det ble avgjort at BVV skulle holde på saken i inntil en uke i stedet for overlevering neste virkedag, noe som hadde vært vanlig rutine i lang tid. Ungdomsavdelingen på sin side skulle være bevisst på å strekke seg lenger for å være mer tilgjengelig. Det er for tidlig å si hvorvidt endringene er tilstrekkelige og virker til mer koordinert oppfølging etter den akutte fasen ettersom endringene ble gjort på slutten av prosjektperioden.

En viktig effekt av Akuttprosjektet når det gjelder videre koordinert oppfølging av brukerne, er at psykisk helsevern samarbeider tettere enn før med St. Hansgården om ungdommer som er plassert der. Dette har hatt positive ringvirkninger både for saker som kommer inn under Akuttprosjektet og andre saker.

Effekter av tverretatlig akuttjeneste

Det ligger en åpenbar effektivitet i modellen tverretatlig akuttjeneste som kommer brukerne til gode, først og fremst ved at hjelpebehovet avklares raskere og ved at tjenester raskere kobles av og på etter den første felles uttrykingen. Ansattes erfaring gjennom prosjektperioden er at modellen øker sannsynligheten for at rett hjelp gis til rett tid. Implisitt i modellen er også økt tverrfaglighet, noe de ansatte opplever har gitt større bredde og flere perspektiver når det gjelder hjelpetiltak og følgelig mer kompetanse når det gjelder ulike problemstillinger hos brukerne. Videre er barnevernansattes erfaring at modellen gir lavere terskel for psykisk helsehjelp. Det er sannsynlig at modellen har bidratt til at en del saker med psykisk helse-problematikk har funnet sin løsning i selve akuttfasen, men det har ikke vært evalueringens mandat å måle dette spesifikt.

Det lå en forventning om at en samordning av akuttjenestene ville gi flere muligheter for å «finne nye alternativer og felles løsninger i krise-/akuttsituasjon enn tradisjonell plassering i institusjon eller beredskapshjem» (jf. prosjektdirektiv s.3). For om mulig å danne et inntrykk basert på statistikk innhentet evalueringen tall for plasseringer ved St. Hansgården samt generelle henvisninger til psykisk helsevern gjennom prosjektperioden. Her er det imidlertid snakk om små tall og relativt ubetydelige endringer, og samtidig en rekke andre faktorer som påvirker bildet. Mange ansatte mente at «Hjemme hos»-tiltaket hadde bidratt til færre plasseringer i barnevernsinstitusjon. Det forekom imidlertid også at St. Hansgården i enkeltsaker hadde utgjort et alternativ til innleggelse i psykisk helsevern. Mens enkelte ansatte i prinsippet var kritisk til dette, la andre vekt på det positive i å ha denne fleksibiliteten gjennom et tett samarbeid mellom de to sektorene forutsatt at riktig kompetanse ble innhentet i sakene.

Brukernes egne erfaringer med akuttjenesten

Brukerundersøkelsen i evalueringen er basert på 23 intervjuer med 26 ungdommer og foreldre som har vært i kontakt med akuttjenesten. Oppsummert tyder funnene på at brukerne jevnt over er fornøyd med den hjelpen og oppfølgingen de har fått i kontakten med akuttjenesten. Det varierer naturlig nok hvor fornøyd man er med ulike faser av forløpet, og foreldre er gjennomgående mer fornøyd enn ungdommene, noe som gjelder både opplevelsen av akuttfasen og oppfølgingen etterpå. Et gjennomgående trekk er at brukere som er fornøyd med tjenestetilbudet i sterkere grad føler seg hørt, respektert og godt ivaretatt.

Når det gjelder ungdommenes erfaringer i akuttfasen tyder funnene på at ungdommene satte pris på god koordinering i den forstand at tjenestene hadde oversikt over situasjonen til ungdommene, slik at han eller hun slapp å gjenta sin historie. På den annen side hadde flere behov for mer informasjon og forutsigbarhet, og mindre «prat». Det kom fram at ungdommer og hjelpeapparat kan ha ulik forståelse av hva som er akutt, og hva som bør gjøres noe med. Ulik forståelse av hva som er akutt gjaldt foreldre også. Foreldre på sin side var imidlertid vesentlig mer fornøyd med hjelpen de hadde mottatt i akuttsituasjonen, og mente også at ungdommene var blitt møtt på en god måte. Foreldre la vekt på tjenestens profesjonalitet, og verdsatte konkrete råd og tilbakemeldinger som de hadde fått. Noen opplevde at de burde ha hatt hjelp tidligere.

Det er en overordnet målsetting at familier/klienter/pasienter skal høres, ha innflytelse over hva slags hjelp som tilbys og hvordan hjelpen skal utformes. Det er gjennomgående også i vårt materiale, både for ungdommene og foreldrene, at de som er fornøyd med tjenestetilbudet i sterkere grad føler seg hørt, respektert og godt ivaretatt av hjelpeapparatet. De som er mindre fornøyd kan føle at de ikke har blitt hørt på samme måte, eller at det de har uttrykt ikke har blitt tatt hensyn til. Hovedinntrykket er likevel at til tross for mange kritiske bemerkninger spesielt fra ungdommene, har de fleste fått mulighet til å høres, men det er store variasjoner knyttet til hvorvidt ungdom og foreldre føler de har hatt reell brukermedvirkning.

Et viktig nasjonalt pilotprosjekt

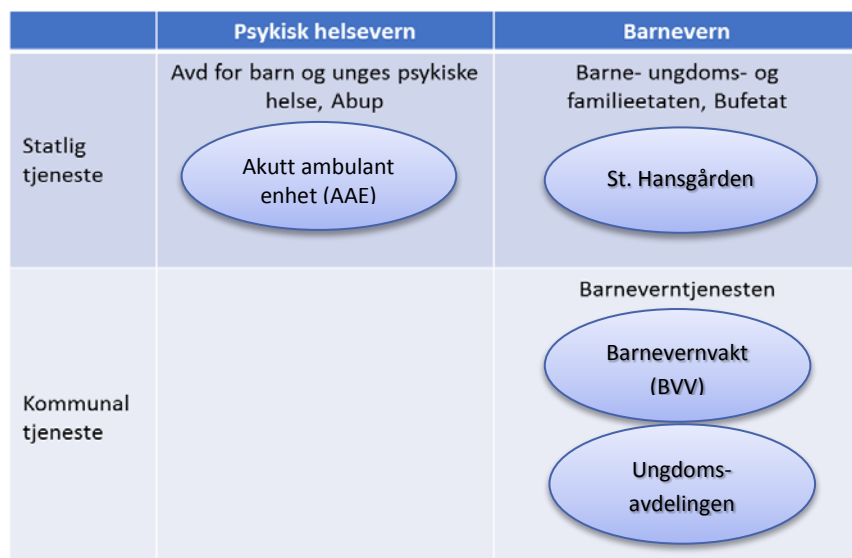
Akuttprosjektet utgjør et viktig pilotprosjekt for en samordnet akuttjeneste mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Erfaringer fra utprøving av modellen er av både nasjonal og internasjonal interesse. I forbindelse med videreføring i regionen og eventuelt andre steder kan det være nyttig å vurdere nye tiltak opp mot Akuttprosjektets erfaringer. Basert på evalueringen gir rapporten avslutningsvis anbefalinger for videre implementering av tverretattlig akuttjeneste i Kristiansandsregionen, og eventuelt nye initiativ andre steder i landet. Anbefalingene dreier seg om tiltak for å oppnå det som er hovedmålet med modellen, nemlig et helhetlig tjenestetilbud med god koordinering mellom tjenesteutøvere og stor grad av brukerorientering/involvering.

1 Innledning

1.1 Tverretatlig akuttjeneste for barn og unge i Kristiansand kommune

I Kristiansand har man gjennom en treårsperiode prøvd ut en felles tverretatlig akuttjeneste for barn og unge gjennom et samarbeid mellom kommunens barneverntjeneste, psykisk helsevern for barn og unge ved Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) og Barne-, ungdoms- og familietaten (Bufetat). Hovedmålet med det såkalte Akuttprosjektet har vært å utvikle en samordnet, koordinert og behovstilpasset tjeneste til barn og unge og deres familier som har behov for hjelp i akutte kriser. For å oppnå dette ble Akuttprosjektet gitt unntak fra reglene om taushetsplikt slik at tjenestene skulle kunne ta direkte kontakt med hverandre for å kunne rykke ut sammen, uten at det var nødvendig med samtykke fra bruker først. Et viktig motiv for å utvikle modellen var ønsket om at tradisjonell faglig og organisatorisk tenkning ikke skulle hindre fullgod utnyttelse av systemet og hverandres kompetanse i den enkelte sak.

De operative enhetene i prosjektet er barnevernvakta (BVV) ved kommunens barneverntjeneste og akutt ambulant enhet (AAE) ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) ved Sørlandet sykehus. Videre ble St. Hansgården, en barnevernsinstitusjon organisert under Barne-, ungdoms- og familietaten (Bufetat, region Sør) og ungdoms-avdelingen i det kommunale barnevernet innlemmet et stykke ut i prosjektperioden. Etter en lang prosess med godkjenninger og tilslutninger, som startet allerede i 2009, fikk Akuttprosjektet midler og startet opp høsten 2013. Prosjektet ble avsluttet i mai 2016. Mot slutten av prosjektperioden ble ny søknad om utvidelse, med ytterligere fire nabokommuner, innvilget av Barne- og likestillingsdepartementet og Kongen i statsråd. Dermed ble det åpnet opp for at man fortsetter å jobbe i en tverretatlig modell med fritak fra taushetsplikt på tvers av forvaltningsnivå og tjenester i Kristiansandsregionen. Figuren under illustrerer de ulike prosjektenhetenes plassering i tjenesteapparatet.



Figur 1 Tverretatlig akuttjeneste. Prosjektenhetenes plassering i tjenesteapparatet.

1.2 Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag

1.2.1 Målsettinger for tverrsektoriell akuttjeneste

Bakgrunnen for prosjektet var erkjennelsen av at en del barn og unge trenger hjelp fra ulike tjenester samtidig eller i sammenheng (jf. prosjektdirektiv, 2014). Dette var vanskelig å oppnå fordi avstanden mellom hjelpeinstansene var for stor. Gjennom en felles tverretattlig akuttjeneste mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet var målet å gi mer sammenhengende og effektiv hjelp i form av et helhetlig tilbud som skulle fremstå som én tiltakskjede, og bidra til rett hjelp til rett tid. En tverrsektoriell organisering skulle gi bedre tilgjengelighet, nærhet til brukerne og bedre utveksling av informasjon – noe som ville kunne gi tjenesteutøverne bedre mulighet for å ivareta sitt ansvar. En sentral hypotese var at en felles akuttjeneste ville gi rett hjelp til rett tid. Dette skulle også bidra til alternative og felles løsninger i en krise-/akuttsituasjon enn en tradisjonell plassering i institusjon eller i beredskapshjem.

Akuttprosjektet er uttesting av en organisatorisk og juridisk form «der taushetspliktreglene og tradisjonell faglig og organisatorisk tenkning ikke står som hindre for fullgod utnyttelse av systemet og hverandres kompetanse i den enkelte sak» (jf. prosjektdirektiv). Gjentatte lokale kartlegginger viste at flertallet av barn som mottok hjelp fra psykisk helses kriseteam på sykehuset også var i kontakt med det kommunale barnevernet (jf. Søyland, 2016). Det manglet imidlertid samarbeidsrutiner utover gjeldende regelverk mellom de ulike sektorene. Tidspres og mangel på informasjon ga noen ganger inntrykk av at de andre tjenestene var utilgjengelige, at de ikke fulgte opp sine plikter eller at de nektet å gå inn i saker før den andre etaten hadde avklart sin rolle og oppgaver (ibid.). Resultatet kunne da bli at bruker måtte vente på tjenester og tiltak som skulle vært levert umiddelbart, og gjerne også sikre koordinering mellom sektorene selv (ibid.). Motivert av disse negative erfaringene besluttet fagfolk i regionen å prøve ut en felles tjeneste for akutte henvendelser, med et felles oppsøkende akutt-team som virkemiddel.

Selv om målene for tverretattlig akuttjeneste er helt i tråd med offentlige føringer og politikk på området, er det generelt vanskelig å få til en god og effektiv samordning mellom tjenestene i praksis. Det fins endel forskning på temaet som vi kommer tilbake til seinere i dette kapitlet. I Akuttprosjektets direktiv pekes det på at viktige årsaker til at samarbeid er vanskelig ligger i tjenestenes ulike juridiske, organisatoriske og faglige forankring, og at det er særlig utfordrende i situasjoner der barnet befinner seg i en akutt krise og man er avhengig av rask intervensjon og effektivitet i beslutningene som tas på klinisk nivå (jf. prosjektdirektiv). Det legges også vekt på at god tilgjengelighet til akutte tjenester er sentralt for brukernes opplevelse av trygghet, at god faglig hjelp i akutte kriser vil kunne redusere risikoen for mer langvarige problemer.

1.3 Oppgaver, roller og juridiske rammebetingelser i barnevern og psykisk helsevern for barn og unge

Barnevernets hovedoppgave, regulert i barnevernloven¹, er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Barneverntjenestens oppgaver skiller seg prinsipielt fra oppgavene til de andre tjenesteyterne ifølge veileder for taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid (2013), fordi barnevernet skal «tre inn i foresattes rolle og (sørge for å) yte nødvendig omsorg for barna til foresatte som ikke klarer det selv» (s. 14), noe som gjør at de av og til må handle på barnas vegne og slik kan komme i konflikt med foreldre og dels også andre tjenesteytere.

En melding til barneverntjenesten kan komme fra privatpersoner eller offentlig ansatte som er urolige for et barn og barnets omsorgssituasjonen. SSBs statistikk viser at stadig flere barn og unge får hjelp fra barnevernet, men de siste tre årene har antallet holdt seg stabilt på i overkant av 53 000. I 2015 behandlet barneverntjenesten 54 400 meldinger som omfattet 48 330 barn. Cirka 80 prosent av meldingene gikk videre til undersøkelse i barnevernet. De fleste, nesten 16 prosent av meldingene, kom fra politiet. Dernest er det barneverntjenesten selv og skolen som står bak de fleste meldingene. Litt færre, knapt åtte prosent, kom fra foreldre/foresatte og i underkant av seks prosent kom fra barnehagen. For flertallet som kommer i kontakt med barnevernet er det tilstrekkelig med hjelpetiltak i hjemmet. Av barn og unge med hjelp fra barnevernet mottok 61 prosent hjelpetiltak i hjemmet ved utgangen av 2014. Det er flest ungdom i alderen 13–17 år som mottar tiltak fra barnevernet. Ifølge Bufdir er foreldrenes manglende foreldreferdigheter og andre forhold ved foreldrene og familien de to hyppigste årsakene til at barn og unge kommer inn i barnevernet, men det er ofte mer enn én årsak som gjør at barna mottar hjelp fra barnevernet (Bufdir, 2016).

*Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)*² er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom, regulert i spesialisthelsetjenesteloven. Hovedoppgaven er å bistå barn fra 0–18 år (og i noen tilfeller opp til 23 år) og deres familier med utredning, behandling, rådgivning og tilrettelegging knyttet til psykiske lidelser, atferds- og lærevansker. PHBU er et tilbud for pasienter med psykiske problemer som ikke kan løses i de kommunale helsetjenestene som hos fastlege eller helsesøster, i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller barnevernet. Arbeidet er organisert som et poliklinisk tilbud, og PHBU jobber i stor grad ambulant.

Ifølge aktivitetsdata fra Norsk pasientregister ble omlag 56 000 pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2015, noe som utgjør fem prosent av befolkningen under 18 år

¹ Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 med tilhørende forskrifter.

² Vi bruker betegnelsen *psykisk helsevern for barn og unge*, forkortet som PHBU, når vi refererer til det generelle spesialiserte psykisk helsetilbudet, og ikke spesifikt til Akutt ambulant enhet (AAE), eller til Abup (Avdeling for barn og unges psykiske helse), som er betegnelsen på den avdelingen som AAE hører inn under ved Sørlandet sykehus.

(Helsedirektoratet 2016). Gutter i aldersgruppen 7-12 år og jenter 16 år og eldre utgjør de klart største pasientgruppene. Vanligste henvisningsgrunner for guttene i denne aldersgruppen er mistanke om hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) i tillegg til trasslidelse/-atferdsforstyrrelse. Hyppigste henvisningsgrunn for de eldste jentene er mistanke om angstlidelse og depresjon.

1.3.1 Juridiske rammebetingelser for felles tverretatlig akuttjeneste

Både barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge har et faglig og juridisk ansvar for å håndtere akutte situasjoner. For at personell i de to tjenestene skulle kunne utveksle informasjon om akutte enkeltsaker i den felles tverretatlige akuttjenesten, ble det gjort unntak fra lovbestemt taushetsplikt (gitt ved kongelig resolusjon). Unntaket gjaldt informasjon som er nødvendig for å ivareta det barnet som henvendelsen gjelder, og det var avgrenset til akuttfunksjonene. I praksis kunne dermed de to tjenestene ta kontakt med hverandre og drøfte en akutt henvendelse for å kunne avgjøre om den andre tjenesten skulle være med på utrykningen og bistå med sin kompetanse. Akuttfunksjonen i Kristiansand kommunes barneverntjeneste er barnevernvakten (BVV). Tilsvarende akuttfunksjon innen psykisk helsevern for barn og unge ved Sørlandet sykehus er Akutt ambulant enhet (AAE).

I Akuttprosjektets direktiv er det gjort rede for de juridiske rammebetingelsene og forståelse i Akuttprosjektet. Disse er som følger:

Barneverntjenesten sitt arbeid med bekymringsmeldinger er i all hovedsak basert på frivillighet, men Bvl. § 4-6, andre ledd og § 4-25, første ledd gir grunnlag for tiltak uten samtykke. Det er en vurdering av hva som er barnets beste som ligger til grunn for de intervensjoner barneverntjenesten til enhver tid gjør.

For å opprettholde døgkontinuerlig tilgjengelighet til hjelp har mange kommuner, også Kristiansand, etablert en barnevernvakt (BVV) som en egen enhet underlagt barneverntjenesten. Ved akutte meldinger må BVV vurdere innholdet i meldingen og behovet for intervensjon i barnets situasjon. Den ordinære barneverntjenesten i kommunen vil deretter motta melding fra BVV om den akutte situasjonen.

Psykisk helsevern for barn og unge, PHBU sitt arbeid med undersøkelse og behandling vil også i de fleste tilfeller være basert på frivillighet, etter psykisk helsevernloven kapittel 2, men man har hjemmel for etablering av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon etter lovens kapittel 3. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 har alle som utfører tjeneste eller arbeid i spesialisthelsetjenesten taushetsplikt etter Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1997 §§ 13 til 13 e. I og med at den yrkesmessige taushetsplikten er strengere enn den forvaltningsmessige, har det vært en målsetting for prosjektet å få løst opp i dette regelverket.

St. Hansgården er en barnevernsinstitusjon under Bufetat. Institusjonen har seks budsjetterte plasser for ungdom i alderen 13-18 år, som fordeles på henholdsvis institusjonsplass eller akutt bistand i hjemmet der kommunen finner det formålstjenlig å arbeide med familien hjemme, uten å flytte ungdommen ut av hjemmet, såkalt «Hjemme hos» (etter § 4-4, 2. ledd i barnevernloven). «Hjemme hos»-tiltak er formelt det samme som kjøp av institusjonsplass, bare at «sengen» er hjemme hos familien med oppfølging av miljøpersonell. Tiltaket er frivillig, men lovkrav for iverksetting grenser opp mot vilkårene barnevernloven setter for bruk av tvang. Dersom det viser seg at «Hjemme hos» ikke er tilstrekkelig, må nytt vedtak fattes og «sengen» /plassen på St. Hansgården vil bli tatt i bruk.

1.4 Offentlige føringer for helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud påpekes og gjentas i en rekke stortingsmeldinger, utredninger og andre sentrale dokumenter som angår tjenester til barn og unge.³ Samhandlingsmeldinga (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) påpeker at atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskading i tillegg til rusdebut hos unge er tett forbundet med hverandre, og derav behovet for hjelp fra - og godt samarbeid mellom - flere tjenester og sektorer. Det er sentralt i samhandlingsreformen å «finne fram til systemtiltak som har forankring i, og rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser» (ibid, kap. 5.1).

I Flatø-utvalgets utredning «Det du gjør, gjør det helt: Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge», vurderes mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester (NOU 2009:22). Utvalget foreslo at barnevern, helsetjenester og sosiale tjenester jobber mer samlet, slik at brukerne av tilbudene i større grad opplever at det er «en dør inn» når de trenger hjelp fra flere tjenester. I utredningen anbefales også at barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge som har behov for både tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling (NOU 2009:22, s. 90). Flatø-utvalget peker på problemer med mangelfullt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern, og viser eksempelvis til at barn plasseres i barneverninstitusjon eller beredskapshjem uten tilgjengelig psykisk helse-kompetanse til å håndtere barn i akutt psykisk krise. Konsekvensen er at barnevernet får økte utfordringer med disse barna samtidig som de ansatte ikke har den nødvendige helsefaglige kompetansen til å gi et godt tilbud til barna.

Helsetilsynet underbygger Flatø-utvalgets beskrivelser av et fragmentert tjenesteapparat i sin høringsuttalelse til NOU'en, og peker på at dette kan resultere i at særlig de med langvarige, sammensatte og store behov for tjenester ikke får et tilstrekkelig tilbud. Helsetilsynet støttet

³ Se for eksempel St. meld. nr. 25 (1996-97), St prp. nr. 63, (1997-98), St. meld. nr. 21 (1998-99), St. meld. Nr. 39 (2001-2002), St. meld. nr. 40 (2001-2002); St. meld. nr. 16 (2002-2003), Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003), NOU 2004:18; NOU 2005:3; NOU 2009:22; St.meld. nr. 47 (2008–2009).

Flatø-utvalgets forslag om felles institusjoner, og mente det kunne være gevinster for en del barn ved at fagmiljøer samarbeider om denne type tilbud. BLD og HOD har vært pådrivere for styrket samarbeid på regionalt nivå, og det ble inngått regionale samarbeidsavtaler i løpet av 2005 og 2006 i samtlige regioner. Avtalene skal blant annet sikre et systematisk godt samarbeid mellom partene, og at barn og unge og deres familier «får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene». Individuell plan (IP) nevnes i denne sammenheng fordi det er et lovpålagt verktøy for samhandling for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud (spesialisthelse-tjenesteloven § 2-5; psykisk helsevernloven § 4-1; pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5). Det skal alltid gjøres en vurdering av om det er behov for IP. Når brukeren får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er dette kommunens ansvar å sette i gang og å koordinere. Når det er helseforetaket som følger opp pasienten, skal de varsle kommunen når de ser behov for en IP som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Da skal helseforetaket også medvirke i kommunens arbeid med IP (Helsetilsynet, 2013).

1.5 Forskning på samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Det er gjort en del forskning og utredning knyttet til samarbeid og koordinering mellom barnevern og psykisk helsevern internasjonalt og i Norge, både når det gjelder omfang av samarbeid, kvalitet, utbytte på individ- og organisasjonsnivå og hva som hindrer og fremmer samarbeid. Vi skal i det følgende se nærmere på denne forskningen.

En viktig bakgrunn for økt fokus på behovet for bedre samordning mellom tjenester er at det er stadig mer utfordrende og komplekse saker i både barnevern og psykisk helsevern (Tobon et al., 2015, Gjertsen & Lichtwarck 2013). Et godt samarbeid mellom tjenestene kan medvirke til å styrke tilbudet. Modeller som ligner på tverretattlig akuttjeneste, med samarbeid mellom barnevern og psykisk helse, har blitt utviklet blant annet i USA. Bai et al (2009) viser at mer tverretattlig koordinering mellom barnevernstjenester og psykisk helsetjeneste, gjennom blant annet mer informasjonsdeling på tvers og ved å jobbe sammen med sakene kan føre til både bedre tilgjengelighet og forbedre tjenestetilbudet. Mangel på samarbeid kan tilsvarende føre til at barn og unge med stort behov for hjelp ikke får den hjelpen de trenger. For eksempel viser forskning at barn som mottar barneverntjenester har større forekomst av psykiske problemer enn andre barn (Kayed et al., 2015, Egelund & Lausten 2009, Ford et al., 2007, Iversen et al, 2008, Kjelsberg & Nygren 2004). Samtidig viser også forskning, både i Norge og internasjonalt, at barn som mottar barneverntiltak har dårligere tilgang til psykisk helsehjelp enn andre barn (Kayed et al., 2015; Burns 2004). I tråd med disse funnene viser en oversikt fra 2009 at det er behov for tiltak for å sikre at barnevernets klienter med psykiske problemer får tidlig tilgang til hensiktsmessige psykiske helsetjenester (Lurie og Tjelflaat, 2009).

Det fins to nasjonale kunnskapsoppsummeringer om samhandling mellom offentlige tjenester til barn og unge. En gjennomgang gjort av SINTEF i 2005 for perioden 1995-2005 viste at tjenestetilbudet ofte var fragmentert, og at det var behov for bedre koordinering og integrering av tjenester til barn og unge generelt (Andersson et al., 2005). Det ble gjort en ny kunnskapsoppsummering i 2014 for perioden 2004-2014 (Fossum et al., 2014). Her framgår det at samhandlingen mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge er lite utbredt, og det pekes på særlige utfordringer knyttet til administrative og økonomiske forhold og ulike lovverk.

1.5.1 Studier av omfang og kvalitet av samarbeidet mellom barnevern og PHBU

Nasjonale studier og tilsyn tyder på at det er for lite samhandling, samarbeid og kontakt mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) enn behovet skulle tilsi. NOVA har gjort evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet, og fant at ansatte i barnevernet etterlyser betydelig mer samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge (Myrvold et al., 2011).

Helsetilsynet fant at det ikke ble sendt henvisning fra barnevern til psykisk helsevern i alle saker der det er behandlingsbehov (2012). Videre ble det konstatert for lite informasjonsinnhenting i undersøkelsessaker, og at barneverntjenesten ikke innhentet relevant og nødvendig informasjon om barnet og familien fra aktuelle instanser som kjente barnet og familien. Dermed blir saken for dårlig opplyst. Typisk i så måte, slik det framgår av Helsetilsynets rapport, er manglende informasjonsinnhenting fra psykiske helsetjenester og familievern. Helsetilsynet fant også at det var for lite involvering av PHBU i oppfølging av fosterbarn til tross for at epidemiologiske kartlegginger tyder på at en større andel av fosterbarn har en psykiatrisk diagnose (ibid.) Funnet støttes av Riksrevisjonen (2012) som konkluderer i en utredning at barneverntjenesten henlegger mange bekymringsmeldinger som burde blitt undersøkt grundigere. I følge Riksrevisjonen er en vanlig årsak at barnevernet vurderer at det er andre instanser som skal følge opp meldingen, ofte psykisk helsetjeneste. Riksrevisjonen hevder at ulik erfaring med det øvrige hjelpeapparatet, og de nevner spesielt psykisk helsevern for barn og unge (og familievern), påvirker deres vurdering av om meldingen skal henlegges eller undersøkes. Dette er et eksempel som viser behovet for mer samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern.

Ifølge aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten, har prosentdelen barn som mottar behandling i psykisk helsevern, og samtidig tiltak fra barnevernet, ligget stabilt på rundt 17 prosent i årene 2002–2010 (Helsedirektoratet 2012). Andersson et al. (2009) fant en noe høyere andel; at 24 prosent av barn i psykisk helsevern samtidig hadde tiltak i barnevernet. I samme studie fant man at behandlere i psykisk helsevern vurderte kvaliteten på samarbeidet med barnevernet til å være godt i 60 prosent av sakene, middels bra i 25 prosent av sakene og dårlig i ti prosent av sakene (ibid.). I en studie som inkluderte brukeres vurderinger av samarbeidet mellom PHBU og kommunale tjenester for barn og unge med 6000 barn og unge

som deltakere i undersøkelsen fant forskerne at 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mente behandlerne samarbeidet for lite med andre fagpersoner som også hadde kontakt med barnet (Andersson, Ose, & Sitter 2005).

1.5.2 Faktorer som hemmer og fremmer samarbeid

Til tross for et sterkt fokus på problemet med fragmenterte tjenester både innenfor forskning og helsepolitisk, tar det tid å få til effektive og tydelige forbedringer i samarbeid og samordning. Hvorfor er det en komplisert prosess å få til en god samhandling og koordinering mellom tjenestene?

Generelt er ulike juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige strukturer hos ulike tjenesteleverandører en utfordring, og ofte kan utgjøre en hindring når en sak krever rask og effektiv intervensjon (Tobon et al., 2015). I «Kunnskapsoppsummering om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge» fra 2005 ble det gjort en gjennomgang av internasjonal litteratur om faktorer som hemmer og fremmer samarbeid (Andersson & Ådnanes 2005). Sentrale faktorer handlet om henholdsvis organisatoriske forhold samt folks kunnskap og kompetanse i tjenestene. Når det gjaldt *organisatoriske* faktorer dreide dette seg om for få møteplasser, der gjerne geografisk avstand var et hinder. Det handlet videre om *strukturelle* forhold som manglende rutiner, uklar ansvars- og oppgavefordeling og uklare roller. Videre var bestemmelsen om *taushetsplikt* et hinder, manglende ressurser, ulike *målformuleringer* samt *domenekonflikter/profesjonsinteresser*. Når det gjaldt den andre hovedfaktoren kunnskap og kompetanse, dreide dette seg om: *uvitenhet* hos den enkelte yrkesgruppe om andre tjenester og lovverk, for liten *samarbeidskompetanse* og mangelfull *informasjonsutveksling*. Mye tyder på at disse faktorene er universelle.

I en studie av samordningstiltak med datainnhenting fra kommunale tjenester til barn og unge ble det gjort en analyse av hva som fremmer samarbeid mellom tjenester til barn og unge både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten (Norvoll et al., 2006). Studien viste at informanter fra kommunene la mye vekt på viktigheten av «*ildsjelene*» for å få til god samordning. For å unngå at satsingen ble for personavhengig og tilfeldig var det viktig at den tverrfaglige samordningen er *organisatorisk forankret*, og at det er en sterk opplevelse av *forpliktelse*. Dermed måtte satsingen være etablert på grunnplanet hos de ansatte i tjenesten. Det burde være *samløkalisering* dersom dette var praktisk mulig. Videre ble viktigheten av å ha en *leder eller koordinator* fremhevet, og en tydelig ledelse av samordningstiltaket samt et *klart mandat*. Det var viktig å ta økonomiske hensyn i betydningen - ikke «mine-dine», men «se stort på det». Det hadde også betydning med *felles verktøy og metoder*. Videre ble *felles kultur* understreket, noe som kunne bygges ved felles møteplasser, veiledning, kurs etc. *Motivasjon* var også viktig, og det kunne oppnås gjennom større medvirkning blant de ansatte og gjennom deling av suksesshistorier.

Studien gjort av Norvoll et al. (2006) viste også at kommunene oppfattet PHBU som for lite utadrettet. De mente det var vanskelig å få tilstrekkelig veiledning både på generelt og individuelt nivå. Helsetilsynet (2012) påpeker en rekke vansker og hindringer i samarbeidet mellom PHBU og barnevern; herunder svake samarbeidstradisjoner og manglende kunnskap om hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder. Videre påpekes lange ventelister i PHBU som et generelt problem, men det er et mindre problem når det er snakk om akutte situasjoner. Avstand til poliklinikken ble trukket fram som årsak til vanskelig tilgjengelighet, og da var det snakk om både geografisk avstand og kulturell avstand.

NOVA finner at barnevernet har for lite kunnskap om psykisk helse til å kunne vite når og hvor de skal formidle/henvise barn eller deres foreldre til psykisk helsevern (Myrvold et al., 2009). Når det gjelder generelle samarbeidsproblemer mellom barnevern og Bup pekes det på forskjeller i roller, lovverk, systemer og tilbud, og på manglende kunnskap om og forståelse i tjenestene for disse forskjellene (Myrvold et al., 2011). Videre at PHBU av prinsipp ikke går inn i situasjoner der omsorgssituasjonen for barnet er «uavklart» (ibid.). Barnevernet på sin side kan oppleve psykisk helsevern som utilgjengelig. I en studie av Falck & Vorland (2009) kom det fram at kun 13 prosent av 362 barnevernlederne mente at tilbudet fra PHBU fungerte godt utenom ordinær kontortid mens 59 prosent var kritiske.

Riedl (2008) hevder at barnevernsbarn har vanskeligere tilgang til PHBU enn andre barn, og peker på en rekke avvisningsgrunner som benyttes. En fersk nasjonal studie viser at omfanget av psykiske lidelser blant barnevernsbarn er høyere enn blant andre barn, men at tilgangen til psykisk helsehjelp er relativt sett dårligere (Kayed et al., 2015). En rekke andre eldre studier tegner totalt sett et bilde av at barn og unge med tiltak fra barnevernet er sårbare og har omfattende problemer både psykisk og somatisk (se oppsummering i rapport fra Helsedirektoratet 2012). Ansatte i statlige barnevern mener samarbeidsproblemer skyldes mangel på kunnskap om / forståelse for ulikheter mellom de to tjenestene med hensyn til roller, organisering, lovverk og tilbud (Myhrvold et al., 2011).

Lurie og Tjelflaat (2009) har gjort en gjennomgang av utviklingen når det gjelder samarbeid og samordning mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og ser blant annet på nyere tiltak. De konkluderer med at man i varierende grad har klart å styrke samarbeidet og samordningen mellom PHBU og barnevern, og at tiltakene har møtt utfordringer som har hemmet og begrenset utviklingen av et bedre samarbeid og samordning. De peker særlig på problemer med videreføring av resultater etter at forsøksperioden var over, og manglende deltagelse og oppslutning fra PHBU i enkelte forsøkskommuner og fylkeskommuner. Deres konklusjon er at det fortsatt er behov for innsats på dette området, blant annet for å sikre at barnevernklienter med psykiske problemer får tidlig tilgang til nødvendige psykiske helsetjenester.

I en fersk evaluering av en samarbeidsmodell mellom barnevern og PHBU, ved Seljelia senter for barnevern, konkluderer Lurie (2013) at barnevern og PHBU klarte å samarbeide om et

godt fungerende tilbud som gjaldt utredning og korttidsbehandling. Her fant man at samarbeidsmodellens styrker var å ha flere faglige perspektiver, mer psykologisk kompetanse – og dermed også tidlig identifisering av psykiske problemer. I tillegg til mer/bedre utredning av ungdom over tid og før plassering i fosterhjem, mer samarbeidsvilje, felles fagsyn, mer veiledning og bedre tilgang til døgnplasser. Når det gjelder svakheter i modellen konkluderer Lurie at den ga merarbeid og komplikasjoner som følge av drift etter to regelverk, og at dette bidro til økte kostnader og oppstartsproblemer som forsinket full operasjonalisering.

1.6 God kontinuitet - gode forløp

Bredt definert handler kontinuitet i helse- og velferdstjenestene om i hvilken grad brukere og pasienter opplever hjelpetilbudet over tid som helhetlig og sammenhengende (Haggerty et al., 2003). Flere studier har operasjonalisert kontinuitet i behandling og oppfølging av helse- og velferdstjenestene, herunder brukernes opplevelse av tjenestene og identifisert en rekke forutsetninger for å oppnå kontinuitet; tilgang til tjenester, stabile tjenester uten brudd, informasjon, bli møtt av det samme personalet og det å ha den samme behandler over tid og koordinering mellom ulike tjenester etc (ibid.).

Foreldrenes viktigste ankepunkter mot barneverntjenesten er mangel på kontinuitet, vanskelig tilgjengelighet, knapphet på tid og holdningen overfor brukerne (lytte, respekt etc.) (Lichtwark, Magnussen & Fylling 2001). Personlig kontakt og stabilitet i kontaktforholdet mellom familie og henholdsvis barnevernsarbeider og PHBU-ansatt er viktig for foreldre, og vakante stillinger, bytting av saksbehandlere og sykemeldinger/sykemeldt personell ble opplevd som svært negativt av foreldrene (Lichtwark & Horverak 2003).

Studier som omhandler voksne med psykiske lidelser viser at kontinuitet i omsorgen har positive psykologiske og sosiale effekter på brukernes livskvalitet, deres evne til å fungere i samfunnet og deres tilfredshet med tjenestene (Adair et al., 2005;. Sweeney et al., 2012, Burns et al., 2007). Dette påvirker også systemet gjennom lavere sykehuskostnader og høyere samfunnskostnader (Mitton et al., 2005). Selv om kontinuitet og helhet er et sentralt mål er det få studier som har undersøkt kontinuitet i tjenestetilbudet når det gjelder barn og unge med psykiske vansker (Tobon et al., 2015). Det er derfor et stort behov for kunnskap om hva som utgjør et godt og integrert tjenestetilbud og forløp, hva som bidrar til kontinuitet og hva som forårsaker brudd i pasient- og brukerforløp.

Ifølge Samhandlingsmeldinga skal myndigheter, tjenesteytere og brukere samarbeide om å utforske hva som karakteriserer gode pasientforløp (St.meld. Nr. 47, 2008-2009). Forløp defineres i Samhandlingsmeldinga som «den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov» (s. 15).

Det gode forløpet innen psykisk helse kjennetegnes av at det ikke kan organiseres etter en behandlingskjede-metodikk. Tjenestene må derimot være fleksible, tilgjengelige og nettverksorienterte (Forløpsgruppe Psykisk Helse, 2009).

Hva som utgjør god kontinuitet, det vil si et godt og helhetlig forløp, er et sentralt tema i internasjonal forskning (se for eksempel Jones et al., 2009, Durbin et al., 2006). Sentrale faktorer er det å ha god tilgjengelighet ved behov for hjelp, en god relasjon mellom bruker og hjelper og det å slippe å gjenta sin historie. Typiske brudd i kontinuiteten oppstår ved at man må vente på behandlingstilbud, mangel på integrering mellom ulike hjelpetjenester, mangel på framgang i pågående behandling og ved at individuelle planer ikke følges opp (Ådnanes & Steihaug 2013). Det er sentralt med brukermedvirkning for å oppnå god kontinuitet (Ådnanes & Steihaug 2016).

1.7 Barn og unges behov for, og rett til medvirkning

Gode og effektive brukerforløp må utvikles i tråd med behov og krav til brukerne, og brukernes rett til medvirkning og informasjon som er fremhevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (§§ 3-1,3-2,3-6), og som tjenestene er forpliktet til å følge, samt i barnevernloven (§ 6-3). Brukermedvirkning handler om å sikre brukeren mulighet til selv å medvirke og ta beslutninger i forhold som angår han eller henne. Brukeren har rett til å få informasjon om egen helsetilstand og behandling.

Det å implementere brukermedvirkning i praksis er ikke en enkel prosess (Storm 2009). Nyere forskning viser at barn opplever begrenset medvirkning i sin kontakt med barnevernet (Paulsen 2016, Jensen 2014, Helsetilsynet 2012, Juul 2010, Slettebø 2008), og for barna blir dette engasjementet symbolsk mer enn et ekte engasjement (Paulsen 2016, Jensen 2014, Vis 2014). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten finner relativt høy grad av misnøye med informasjon i sin undersøkelse blant foresatte til barn/ungdom i poliklinisk behandling (Bjertnæs et al., 2008).

Barnevern og PHBU har en del til felles, men det er noen viktige forskjeller mellom de to fagfeltene. Et eksempel er det ambivalente forholdet mellom barnevernet og de berørte foreldre (Hall & Slembrouck 2001, Midjo 2010). Foreldre opplever også manglende innflytelse i forhold til disse tjenestene (Aadnesen et al., 2014, Slettebø 2008, Haugen & Paulsen 2012). Barnevernet har blitt kritisert for å legge for lite vekt på barns medvirkning (Langballe & Gamst 2010, NOU 2009: 8, Killén 2004), mangelfulle rutiner, dokumentasjon og systematiske tilnærminger knyttet til barns medvirkning (Helsetilsynet, 2012). I hvilken grad de ulike instansene og aktørene greier å koordinere sin virksomhet og sørge for kontinuitet og samordning av tiltak, kan være av avgjørende betydning for om barnet og familien får den hjelpen de har behov for. Det at brukerne selv må fungere som en «formidlingsentral» mellom de ulike fagpersoner og instanser, der de stadig må presentere

seg og sitt problem i møtet med nye aktører og instanser, gir også misnøye og mistillit til tjenesteapparatet (Tobon et al., 2015).

Et helhetlig tjenestetilbud handler også om å inkludere brukerperspektivet. Ethvert tilbud må ta utgangspunkt i brukernes behov. Brukeropplevelsen av tjenestekvaliteten er sentral for å forstå hvordan tjenestesystemene fungerer og kan forbedres. I prioriterte politiske målsettinger er det lagt vekt på at den kvalitative styrkingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov (St. prp. nr. 63, 1996- 97) og at barn og ungdom skal få økt deltagelse og større innflytelse (St. meld. nr. 39, 2002). Fokuset på å fremheve barns perspektiv er også et av de fire grunnprinsippene i FNs konvensjon om barns rettigheter, spesifisert i paragraf 12 om barns rett til å bli hørt (Smith, 2008:17). I følge norsk lov (jf. barneloven og barnevernsloven) skal barn høres i saker som angår dem selv fra de er sju år, og når barnet er fylt 12 år skal det legges vekt på hva barnet har å si.⁴ Slik er det også ut fra et barnerettslig ståsted viktig å inkludere informasjon fra barna i evalueringen av Akuttprosjektet.

Ifølge Backe-Hansen (2004) er styrking av barnet som subjekt innen barnevernet nært knyttet til barnas rett til aktiv medvirkning i beslutninger som angår dem, og til hvor synlige de er som selvstendige aktører i det daglige arbeidet med sakene. Samtidig viser studier, for eksempel av familieråd som beslutningsmodell i barnevernet, at denne ikke sikrer barns deltakelse (Horverak 2006, Strandbu 2007). Det foreligger en hel del undersøkelser som viser at barna i liten grad involveres i barnevernets arbeid. Sandbæk (2002) fant i sin studie at barna sjelden ble informert om de planene og tiltakene som skulle iverksettes for dem.

1.8 Evalueringens mål og problemstillinger

Evalueringen skal undersøke om Akuttprosjektet ved en felles, tverretattlig akuttjeneste gir et helhetlig og godt tilbud. Evalueringens mandat har vært å belyse følgende hovedspørsmål:

1. I hvilken grad oppnår man å utvikle gode samarbeidsformer?
2. I hvilken grad oppnås et koordinert og behovstilpasset tilbud til barn/unge og deres familier i akuttsituasjoner?
3. I hvilken grad reduseres behovet for akutt plasseringer/-innleggelse i institusjon?
4. I hvilken grad og hvordan sikres koordinert oppfølging også etter akuttfasen?

Evalueringen legger vekt på å belyse hvilke tiltak og kjennetegn ved den tverretattlige modellen som fremmer og hindrer måloppnåelse, og hvilke praksiser som kan vurderes som vellykkete. På grunnlag av dette gis det en rekke anbefalinger på slutten av rapporten.

⁴ For videre redegjørelse vises til Ot.prp. nr. 29 2002-2003, kpt. 5, Synliggjøring av barnekonvensjonen artikkel 12 – respekt for barnets syn.

1.8.1 Spørsmål som belyses i evalueringen

For å besvare evalueringens hovedspørsmål har vi undersøkt en rekke problemstillinger, som skissert under. Framstillingen i rapportens resultatkapittel følger samme kronologi.

Modell og forløp

Hva karakteriserer modellen, hvordan etableres samarbeidssak og hvordan ser forløpet ut i tverretattlig akuttjeneste?

Omfang og karakteristika av saker

Hva er omfanget og karakteristika av samarbeidssaker i regi av Akuttprosjektet? Følgende spørsmål belyses:

- Hvilken type problematikk eller bekymring finnes hos barnet/ ungdommen/familien?
- Hvordan er alders- og kjønnsfordelingen i sakene?
- Hvordan fordeler type problematikk og bekymring seg på alder og kjønn hos barna?
- I hvilken grad har de ulike prosjektenhetene vært involvert i samarbeidssakene?
- Hvordan fordeler prosjektenhetene seg på type bekymring/problematikk?

Etablering av samarbeidsplattform

Hvordan har Akuttprosjektet lagt faglig og administrativt til rette for samarbeid mellom prosjektenhetene, og i hvilken grad har man lykket med å etablere en god samarbeidsplattform gjennom de tiltakene som har vært sentrale i prosjektet? Evalueringen gjennomgår betydningen av følgende tiltak:

- Kick-off, taushetsplikten, ringerutinen, hospitering, kompetanseheving, innlemming av St. Hansgården og Ungdomsavdelingen

Roller, ansvar og informasjon ved felles akutt utrykning

Når barnevern og psykisk helsevern rykker ut sammen i en akutt sak oppstår det et behov for å definere roller og å ha en felles forståelse av hvem som gjør hva. Under dette temaet vurderes følgende forhold:

- Avklaring av roller mellom samarbeidende enheter.
- Forberedelse til felles utrykning.
- Evaluering i etterkant av utrykning.
- Informasjon til brukerne om tjenestene som er tilstede ved den akutte utrykningen.

Sikring av koordinert oppfølging etter akuttfasen

Et sentralt delmål i Akuttprosjektet er å sikre koordinert oppfølging også etter akuttfasen. Evalueringen belyser dilemmaet som oppsto i prosjektet ettersom oppfatningen av akuttbegrepet i utgangspunktet var forskjellig hos de ulike prosjektenhetene, med dertil ulik varighet av tidsperiode for akutt jobbing med saker i henholdsvis BVV og AAE. Videre omtales Akuttprosjektets virkning på samarbeidet mellom psykisk helsevern og St. Hansgården.

Effekter av felles akuttjeneste ut fra et systemperspektiv og ansattperspektiv

Har Akuttprosjektet bidratt til nye alternativer og felles løsninger i krise-/akuttsituasjoner enn tradisjonell plassering i institusjon eller beredskapshjem? Kapitlet belyser spørsmålet ved å se på statistikk for plasseringer og innleggelse i prosjektperioden, og hva som er ansattes holdninger til prosjektets bidrag i så måte. Videre de ansattes oppfatninger av effekter av tiltaket «Hjemme hos». Til slutt i kapitlet belyses ansattes vurdering av tjenestemodellens viktigste bidrag overfor brukerne.

Brukernes opplevelse av tilbudet

- Hvordan opplever barna/ungdommene den hjelpen de får i akuttsituasjonen?
- Hvordan opplever foreldrene den hjelpen de får i akuttsituasjonen?
- Hvordan opplever barna/ungdommene oppfølgingen etter akutt fase?
- Hvordan opplever foreldrene oppfølgingen etter akutt fase?
- Opplever barna/ungdommene at de har brukervedvirkning?
- Opplever foreldrene at de har brukervedvirkning?

Under disse seks hovedproblemstillingene om brukernes opplevelse av tilbudet har vi fokusert på deres erfaringer både med BVV, AAE og St. Hansgården. I tillegg har vi fokusert på følgende delspørsmål:

- I hvor stor grad føler brukerne seg ivaretatt?
- Opplever brukeren at de får god nok informasjon om tilbudet?
- Hva oppleves som spesielt positivt i og etter akutt fase?
- Hva mener brukerne kunne vært gjort annerledes i og etter akutt fase?

2 Metodisk opplegg i evalueringen

Evalueringen har vært både prosess- og resultatorientert ved å beskrive og dokumentere resultater henholdsvis på individ- og organisasjonsnivå gjennom prosjektperioden og gjennom den foreliggende sluttrapporten. Brukere og ansattes erfaringer med en felles akuttjeneste og organiseringen av denne. Det ble gjennomført en organisasjonsstudie og en brukerstudie basert på individuelle intervjuer og gruppeintervjuer med henholdsvis ansatte, ledelse og brukere (barn, ungdom og foreldre). Kvalitative intervju ble benyttet som metode for datainnhenting i begge delstudiene. Metoden egnet seg godt i denne sammenheng fordi det har vært viktig å få tak i folks erfaringer og refleksjoner (Malterud 2003). I tillegg dokumenteres Akuttprosjektets aktivitet gjennom analyse av data fra prosjektets registerkartotek. Tabellen under gir oversikt over datagrunnlaget i evalueringen.

Tabell 1 Oversikt over datagrunnlaget i evalueringen

Data	Oktober 2014	Mars 2015	April 2016
Kvalitative data	Fire fokusgruppeintervjuer med ansatte i de fire prosjektenhetene*	Individuelle intervjuer med 30 ansatte og ledere i samtlige prosjektenheter	Seks fokusgruppeintervjuer med ansatte i de fire prosjektenhetene To individuelle intervjuer med ledere
		I perioden mars 2015-april 2016 ble det gjennomført 23 intervjuer med 26 brukere.	
Registerdata	Data fra Akuttprosjektets registerkartotek gir informasjon om 232 saker i løpet av perioden 2014, 2015 og inntil 15. mai 2016. Data fra Dips om henvisninger til behandling i psykisk helsevern.		

* Barnevernvakt (BVV), Akutt ambulant enhet (AAE), ungdomsavdelingen i barnevernet og St. Hansgården i Bufetat.

2.1 Datainnsamling i organisasjonsstudien

Ansatte og ledelse i de fire ulike enhetene ble intervjuet en eller flere ganger. Det ble gjort både fokusgruppeintervjuer, individuelle intervjuer og i et par tilfeller også intervjuer med to ansatte samtidig.

Intervjuene var semistrukturerte og fulgte intervjuguider utviklet for hver informantgruppe, men det ble det gitt rom for at andre tema enn de som var spesifisert i intervjuguiden kunne utdypes. Fokusgruppeintervjuene ble gjort på to tidspunkt i prosjektperioden med omlag 1,5 års mellomrom. Til forskjell fra individuelle intervjuer får fokusgruppeintervjuer frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess, informasjon som ofte forblir uuttalt gjennom andre datasamlingsteknikker (Brataas, 2003). Alle intervjuene ble tatt opp på bånd

og transkribert av studentassistenter. Alle intervjuene ble gjennomgått for analyse etter prinsipper for kvalitativ metode (Kvale, 2001).

2.2 Datainnsamling i brukerstudien

I brukerstudien ble tidligere brukere kontaktet av ansatte ved både AAE, BVV og St. Hansgården. De fikk informasjon om evalueringen av Akuttprosjektet og forespørsel om forsker kunne ta kontakt. De som var positive til å bidra i forskningsprosjektet ble videre kontaktet av forsker. Selv om vi forsøkte å kontakte alle vi hadde fått kontaktinformasjon til, var det ikke alle vi kom i dialog med. Noen fikk vi ikke tak i på telefon og noen få hadde ombestemt seg underveis. Enkelte av dem vi hadde gjort avtale med avlyste avtalen i siste liten, eller avtalen ble endret/utsatt flere ganger før det til slutt ikke ble noe av. Denne typen frafall er ikke et ukjent fenomen i slike prosjekter. Mange av informantene hadde store utfordringer både privat og knyttet til hjelpeapparatet, og det å i tillegg skulle forholde seg til et forskningsprosjekt kunne virke uoverkommelig. Andre mente de ikke var i form til å delta likevel, og noen var blitt syke. Videre var det to tilfeller hvor forsker og ungdom gjennom innledende samtaler hvor man bl.a. går gjennom forskningsetiske retningslinjer, vurderte at situasjonen likevel ikke var egnet for intervju. I alle innledende samtaler med informantene la vi vekt på å informere om at intervjuet var frivillig og at det var lov å trekke seg uten å oppgi noen grunn for dette, samt at forsker har taushetsplikt, at alle data blir anonymisert og behandlet fortrolig.

Både barn/ungdommer (heretter ungdommer) og foreldre/foresatte (heretter foreldre) fortalte om sine erfaringer og bidro slik med viktig informasjon og nyttige tilbakemeldinger. I alt ble det gjort 23 intervjuer. 26 personer ble intervjuet; 15 foreldre (11 kvinner og fire menn) og 11 ungdommer i alderen ti til 17 år. Seks av informantene hadde ikke vestlig minoritetsbakgrunn. Informantene ble intervjuet i perioden fra desember 2014 til april 2016, dette for å sikre at vi hadde informanter med erfaring fra ulike faser av prosjektet. Vi har intervjuet brukere som har vært i kontakt med alle tre enheter; både AAE, BVV og St. Hansgården.

Intervjuene foregikk i stor grad hjemme hos informantene, men også på kontorer (jobb), prosjektrum eller i innleide møtelokaler. Intervjuene hadde en varighet fra en til 2,5 timer. Med unntak av ett tilfelle ble alle intervjuene tatt opp på bånd. Intervjuene er transkribert i anonymisert form ved at person- og stedsnavn samt andre data som kan virke gjenkjennerende er fjernet (yrke, bosted osv.).

2.2.1 Brukerne representert i brukerstudien

Det er mange grunner til at familier har behov for akutt hjelp. Mange av informantene hadde bred og lang erfaring med en eller flere instanser i hjelpeapparatet før akutthendelsen, mens andre igjen aldri hadde vært i kontakt med noen av de aktuelle hjelpetjenestene. I materialet er det både eksempler på foreldre som oppsøker akutt hjelp på vegne av ungdommene sine, det er ungdommer som av ulike grunner selv har tatt kontakt, og det er familier som har blitt

kontaktet via for eksempel helsesøster eller politi og slik videre fått kontakt med akuttjenesten. Av anonymitetshensyn har vi ikke alltid knyttet årsaken til akuttsituasjonen til det enkelte sitat, men omtaler det som skjedde som "akuttsituasjonen" eller som "hendelsen". De fire hyppigste kategoriene i den totale saksmengden (jf. figur 2, kapittel 3.3) er alle representert i det kvalitative materialet: omsorgsbekymring, familievold, rus og/eller utagering og bekymring for selvmord.

2.2.2 Begrepsbruk hos brukerne

I den grad brukerne referer til ulike tjenester de har benyttet bruker de en rekke betegnelser som refererer i noen tilfeller til gamle navn på enheter. Det innebærer at noen bruker FUT, andre Abup, noen bare Bup eller sykehuset. I noen tilfeller skilles det mellom BVV og senere ungdomsenheten eller barnevernet (BV), i andre tilfeller ikke. Selv om vi i intervjuene har forsøkt å få informantene til å være spesifikke med hensyn til hvilken etat eller behandler de snakker om, har vi ingen garanti for at begrepsbruk, type tiltak, eller oppfølging som beskrives her er i samsvar med det som for eksempel står i den enkeltes journal. Under analysene ble alle informanter nummerert. I fremstillingen som følger har vi imidlertid kun angitt om sitatet er fra en av ungdommene eller foreldrene, dette av anonymitetshensyn. Samtidig har vi sikret at alle 26 informantene er representert med ett eller flere sitater.

2.2.3 Brukernes kjennskap til Akuttprosjektet

Ikke alle brukere som vi snakket med visste at det pågikk et Akuttprosjekt. Noen hadde ikke hørt om det før, noen hadde lest om det i avisa, mens andre igjen fortalte at de ikke hadde hørt om Akuttprosjektet før de ble kontaktet med forespørsel om de kunne tenke seg å stille til intervju. Det er heller ikke noe spesifikt mål at brukerne skal vite om at det prøves ut en ny felles akuttjeneste. For evalueringen har det imidlertid betydning å ta høyde for at brukerne, særlig ungdommene, ikke hadde full oversikt over hvem de hadde snakket med, om personene var fra barnevernet, fra AAE eller begge deler. Andre igjen hadde full oversikt og refererte spesifikt til han eller hun i henholdsvis BVV og/eller AAE.

2.2.4 Mulighet for generalisering - brukerstudien

Det er viktig å understreke at brukerundersøkelsen ikke bygger på et representativt utvalg, eller bruk av kontrollgrupper. Data baserer seg på et strategisk utvalg på til sammen 26 informanter, og det er dermed ikke mulig å generalisere funn til hele populasjonen. Statistisk generalisering er basert på randomiserte utvalg, hvor informantene representerer en større populasjon slik at man med stor sannsynlighet kan si noe om situasjonen for flere enn informantene som deltar i undersøkelsen. Et strategisk utvalg er basert på informanter som har egenskaper og erfaringer som er strategiske for undersøkelsens problemstillinger og perspektiv (Thagaard 2010), og gjerne med formål å utvikle nye perspektiver. Antallet informanter i vårt utvalg er videre vurdert i forhold til det man betegner som et «metningspunkt» (ibid. s.59). Det betyr at man har nådd «metningspunktet» når studien av

flere informanter ikke synes å gi ytterligere forståelse av det vi studerer. Basert på tidligere forskning og teori mener vi slik at noen av funnene i denne studien kan ha overføringsverdi både til andre kommuner og annet offentlig hjelpeapparat (ibid.).

2.2.5 Etiske vurderinger ved intervju av brukere

Prosjektets etiske vurderinger knytter seg særlig til gjennomføring av intervjuer med brukere, og spesielt barn og unge. Prosjektet har fulgt barndomssosiologiske faglige anbefalinger for forskning med barn, i tråd med Morrow and Richards (2010). De vektlegger særlig fokus på at barn har en annen kompetanse enn voksne og at de ikke er myndige. Dette har implikasjoner for hvordan man informerer om prosjektet og hvordan man ber om samtykke. Det understrekes også hvordan forsker som tolker og behandler data må være bevisst sin egen maktposisjon og voksnes definisjonsmakt.

Det er en tommelfingerregel i all forskning som involverer sårbare grupper at man bare skal bruke disse som informanter når den kunnskapen man søker ikke kan finnes andre steder (Kvale 2001). Barn og unge er en gruppe der særskilte sårbarhetsbetraktninger er relevante. Temaet akuttjeneste og barnevern er også potensielt følsomt. Samtidig er problemstillingene tilknyttet evalueringen av en art der det er viktig at disse informantene kommer direkte til orde.

Informert samtykke til frivillig deltakelse i undersøkelsen er blitt innhentet i tråd med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og med retningslinjer for inklusjon av barn i samfunnsvitenskapelig forskning (Ennew et al. 2009).

3 Resultater

I resultatdelen vil vi først gjøre nærmere rede for tiltak, prosedyrer og forløp i den tverretatlige akuttjenesten før vi gir en framstilling av resultater fra datainnsamlingen. Tidslinjen under gir et inntrykk av Akuttprosjektet ved å angi viktige hendelser underveis i prosjektperioden.

Tabell 2 Tidslinje med oversikt over viktige hendelser i Akuttprosjektet

År	Mnd	Hendelse	
2013	Mai	Akuttprosjektet ble innvilget av BLD	
	Juni	Oppstartsmøte	
	Aug	Arbeidsseminar	
	Sept	Første ordinære styringsgruppemøte	
	Nov	Kick off: fagsamling om direktiv, enhetenes samfunnsoppdrag, case-drøftinger, bli kjent	
	Des	Oppstart felles tverretatlig akuttjeneste	
2014	Mars	Fagsamling med innlegg om vold, overgrep og suicidalitet	
	Mai	Ekstraordinært styringsgruppemøte Revidert prosjektdirektiv Ny og delt prosjektledelse mellom barnevern og psykisk helse (BVV og AAE)	
	Juni	Utllysning av evalueringsprosjekt	
	Aug	Halvdagsseminar. Framlegg av to samarbeidssaker. Suksessfaktorer og forbedringspotensiale.	
	Sept	Styringsgruppemøte	
	Okt	To dagers samling (Fevik). Gjennomgang nytt prosjektdirektiv. Fokus på samarbeid og på akuttbegrepet	
	Des	Datainnsamling i regi av evalueringen	
	2015	Jan	Felles seminar med fremlegg av to samarbeidssaker fra prosjektet
		Feb	Styringsgruppemøte
		Mars	Datainnsamling i regi av evalueringen Felles fagseminar med innlegg fra terapeut på psykosomatikk og traumer
Mai		Styringsgruppemøte Felles fagseminar med foredrag av forfatter og aktivist Amal Aden	
Aug		Felles fagseminar med innlegg om maktforhold og påvirkning i det å være hjelper.	
Sept		Styringsgruppemøte	
Okt		Styringsgruppemøte	
Nov		Styringsgruppemøte. Felles fagseminar med framlegg av resultater fra evalueringen midtveis og gruppearbeid.	
2016		Jan	Styringsgruppemøte
		Feb	Halvdagsseminar med presentasjon av «Hjemme hos» og «Akutt akutt»
	Mars	Styringsgruppemøte	
	April	Siste datainnsamling i regi av evalueringen	
	Mai	Heldagsseminar: suksessfaktorer for samarbeidet, utvikling av fellesfaglig forståelse, veien videre.	
	Juni	Styringsgruppemøte	
	Aug	Siste styringsgruppemøte. Rapport fra evalueringen.	

3.1 Tiltak, prosedyrer og forløp i den tverretatlige akuttjenesten

Det grunnleggende tiltaket i den tverretatlige akuttjenesten er fritak fra taushetsplikten, ettersom dette muliggjør et samarbeid der man ikke er avhengig av samtykke for å informere om en sak der et barn eller ungdom er i akutt krise. Videre ble det utviklet en rekke rutiner og

prosedyrer for hvordan det tverretatlige samarbeidet skal gjennomføres, beskrevet i et eget rutinehefte.⁵ Noen av punktene beskriver fremgangsmåter, for eksempel knyttet til felles akuttutrykning, mens andre kun informerer, for eksempel om åpningstider og kontaktinformasjon.

3.1.1 Etablering av samarbeidssak, og det videre forløp

Ifølge rutinen i Akuttprosjektet skal barnevernvakta (BVV) ringe Akutt ambulans enhet ved *alle* akutte henvendelser i deres åpningstid, og skal sammen med Akutt ambulans enhet vurdere behovet for felles utrykning. På samme måte skal Akutt ambulans enhet ringe barnevernvakta ved alle øyeblikkelig hjelp-henvendelser og vurdere behovet for felles utrykning. Dersom det oppstår uenighet mellom enhetene, er det enheten som først tok kontakt som definerer henvendelsen og behovet for felles utrykning. Barnevernvakten har lengre åpningstid⁶ enn AAE⁷, noe som betyr at felles utrykning i kriser ikke er mulig i tidsrommet der AAE er stengt. BVV og AAE er naturlig nok hovedaktørene i organiseringsmodellen ettersom det er de som mottar meldinger. I noen av samarbeidssakene har også St. Hansgården (Bufetat) og ungdomsavdelingen i barnevernet vært samarbeidende aktører, men ikke deltakende i selve den akutte utrykningen⁸. Figuren under illustrerer forløpet fra melding kommer inn og til felles utrykning.



Figur 2 Forløp i akutt sak for tverretatlig akuttjeneste

⁵ Prosjektets rutiner og prosedyrer inkluderer: 1) beskrivelse av kontaktformer og dokumentasjon av felles klienter/pasienter i et felles klientregister, 2) åpningstider ved enhetene, 3) kontaktinformasjon ved enhetene, 4) myndighet/ansvar hos de ulike enhetene ut i fra lovhjemmel for midlertidige vedtak i akutte situasjoner, 5) akutt bistand i hjemmet, og rutiner knyttet til bruken av dette tiltaket, 6) kontaktetablering, 7) formøte/evaluering, 8) veiledning, 9) overganger mellom avdelinger, 10) tolk, 11) sikkerhetsrutiner ved oppdrag utenfor kontoret på tinghuset, 12) sikkerhetsrutiner på kontoret på tinghuset.

⁶ Mandag-torsdag: 08:00-24:00/ fredag: 08:00-02:00/+bakvakt/ lørdag: 17:00-02:00+bakvakt/ søndag: 17:00-24:00

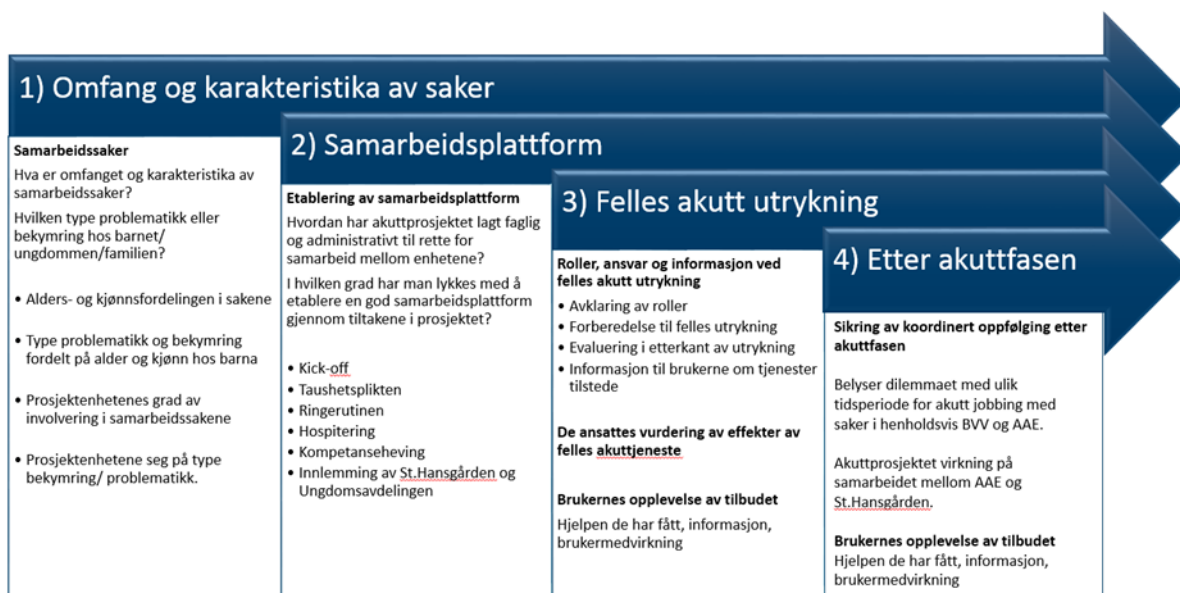
⁷ Mandag til fredag: 08:00-22:00, lørdag/søndag/ helligdager: 14:00-22:00.

⁸ St. Hansgården har døgnåpent. Ungdomsavdelingen i barnevernstjenesten har åpent hverdager fra 08:00-15:30.

Den vesentlige forskjellen mellom saksforløp i tverretattlig akuttjeneste når det gjelder ordinær tjenestemodell er at tjenestene kan ta direkte kontakt med hverandre og få informasjon om saken, samt avgjøre om den andre tjenesten skal være med ut i den akutte saken. Dette kan de gjøre ettersom det juridisk ligger til rette for det ved at taushetsbestemmelsene er opphevet. Dermed er man ikke avhengig av samtykke også for å inkludere den andre tjenesten. Prosjektleder ved barnevernvakten forklarer modellen slik:

"Før kunne vi ta kontakt [med den andre tjenesten] på neste virkedag mens nå har vi jo muligheten til å kontakte hverandre før, altså før vi drar ut, reise ut sammen. Det er jo litt den store forskjellen. (...) Nå er det jo sånn at hvis de ringer til oss, og jeg ikke står i noe annet akutt så skal jo jeg være med de ut. Fordi de har vurdert behovet (...). Det systemet, det var der jo ikke tidligere." (Prosjektleder BVV)

Figuren under illustrerer evalueringens innhold, og gir en oversikt over den videre framstilling i resultatkapittelet.

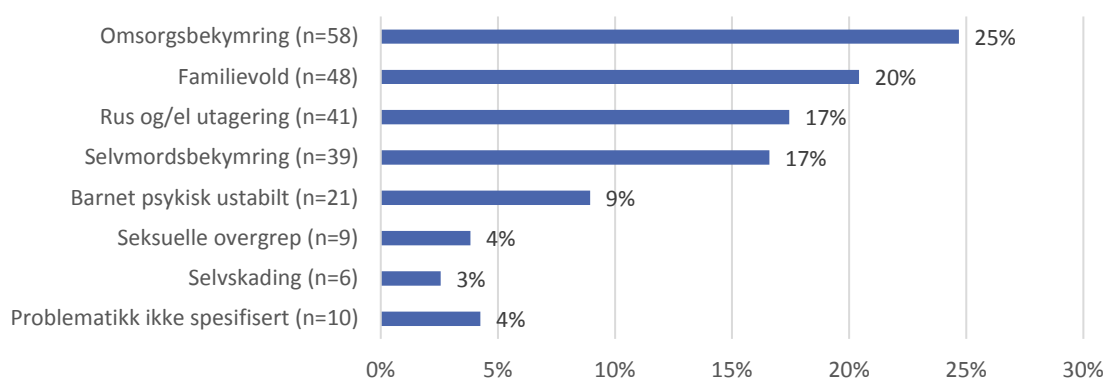


Figur 3 Oversikt over evalueringens innhold.

3.2 Samarbeidssaker i den tverretatlige akuttjenesten - omfang og karakteristika

Basert på rapporteringer som er gjort i Akuttprosjektets klientregister⁹ har prosjektenhetene tatt kontakt med hverandre i tilknytning til henvendelser vedrørende totalt 232 barn og unge gjennom prosjektperioden på 2,5 år (januar 2014 - mai 2016). Fra å kontakte hverandre i omlag 20 prosent av henvendelsene i 2014, økte kontakten og felles vurderinger til bortimot 100 prosent i 2015 og 2016, ifølge prosjektledelsen. Dette er dog avgrenset til akutte henvendelser som kom innenfor felles åpningstid i henholdsvis AAE og BVV. I det følgende skal vi bruke statistikk fra Akuttprosjektets egen registrering av saker for å vise type problematikk eller bekymring hos barnet/ungdommen/familien, og hvordan dette fordeler seg på alder og kjønn hos barna. Videre ser vi på i hvilken grad de ulike prosjektenhetene har vært involvert i akutt samarbeidssak, og hvordan dette fordeler seg på type bekymring og problematikk.

3.2.1 Bekymring og problematikk i akuttsakene



Figur 4 Bekymring og problematikk i Akuttprosjektets samarbeidssaker. Prosent. (n=232)

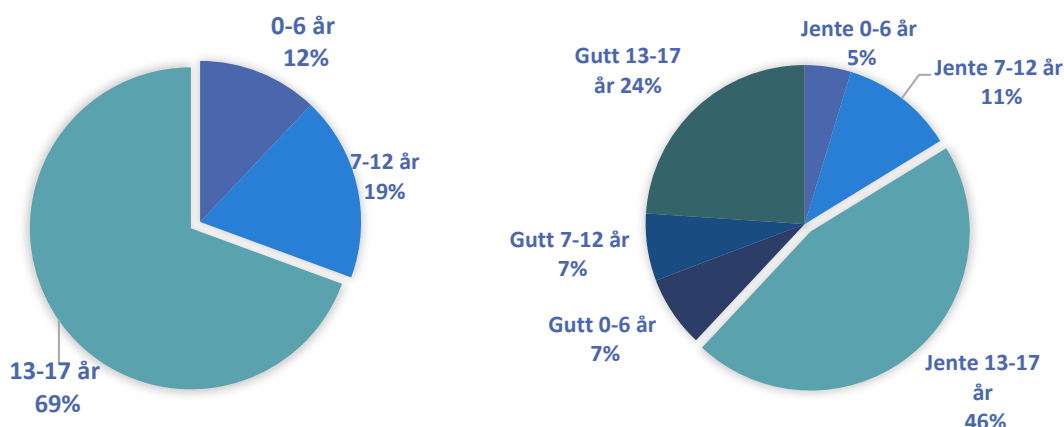
Bekymring for barnets omsorg er den hyppigste grunnen til at sak har blitt opprettet innenfor rammen av Akuttprosjektet. Mens 25 prosent av de 232 sakene omtales mer generelt som omsorgsbekymring, knyttes bekymringen i 20 prosent av sakene mer konkret til familievold. I 17 prosent av sakene dreier det seg om bekymring knyttet til rus og/eller utagering. Videre er 17 prosent knyttet til bekymring for selvmords mens det i ni prosent er bekymring knyttet til

⁹ For å kunne systematisere og holde oversikt over barn som får hjelp fra de akutte tjenestene er det ført felles klientregister. Saker registreres på individnivå, altså per barn. Dersom saken ikke ender opp med samarbeid mellom BVV og AAE skal prosjektenhetene internt registrere henvendelser hvor det vurderes å ikke ta kontakt med de andre prosjektenhetene. Informasjon som registreres: barnets navn, adresse og fødselsnummer; foreldre/foresattes navn, adresser og telefonnummer; hvem som har daglig omsorg og foreldreansvar; hvem som tok kontakt; tidspunkt for henvendelse; sted/geografisk beliggenhet hvor hendelsen har oppstått; hva som har skjedd; andre viktige opplysninger/vurderinger; om henvendelsen utløste tiltak, og hvilke; om henvendelsen utløste tjenester etter lov om barneverntjenester eller lov om spesialisthelsetjenester; hvem som har ansvaret for videre oppfølging.

psykisk ustabilitet hos barnet. Fire prosent av sakene dreier seg om seksuelle overgrep og tre prosent om selvskading. I fire prosent av sakene er det ikke spesifisert hvilken bekymring eller problematikk det dreier seg om.

3.2.2 Alder og kjønn hos barna i samarbeidssakene

Det var betydelig flere jenter enn gutter i sakene, henholdsvis 62 prosent jenter og 38 prosent gutter. Figurene under viser aldersfordeling (4a) og aldersfordelingen hos henholdsvis jenter og gutter i sakene (4b).

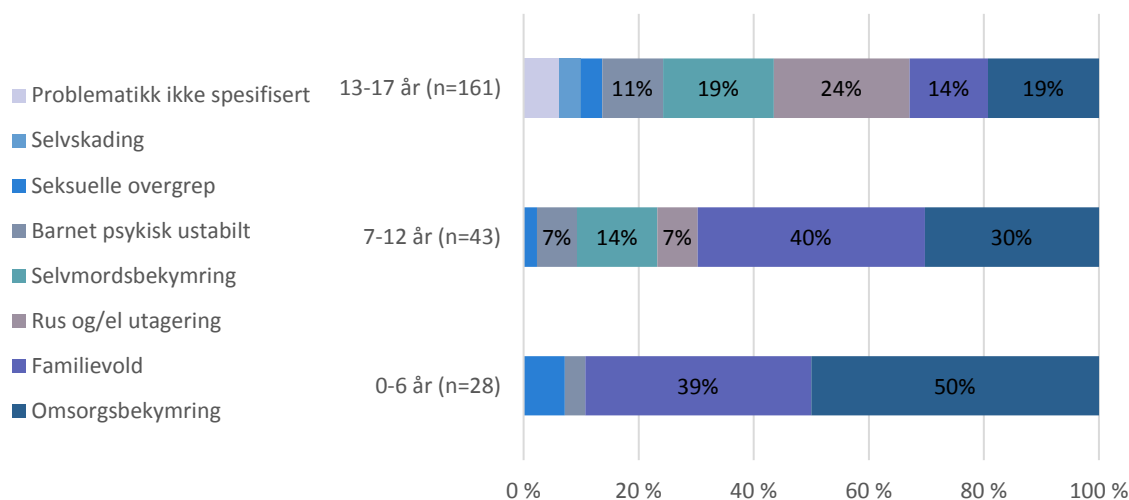


Figur 5a og b Aldersfordeling (figur 4a) og alders- og kjønnsfordeling (figur 4b) hos barn i akutte samarbeidssaker. Prosent. (n=232 saker)

Figur 4a viser at 69 prosent av barna er i aldersgruppen 13-17 år. Figur 4b viser at i denne aldersgruppen er det også flest jenter. Jenter 13-17 år utgjør 46 prosent av barna. Figur 4a viser at barn 7-12 år utgjør 19 prosent av det totale antallet, og i 4b ser vi at også her er jenter i flertall. Barn 0-6 år utgjør 12 prosent.

3.2.3 Bekymring og problematikk fordelt på barnas alder

Figur 4a over viser at det er flest barn i aldersgruppen 13-17 år i Akuttprosjektets samarbeidssaker. Figur 5 under viser type bekymring/problematikk fordelt på aldersgruppe.



Figur 6 Bekymring/problematikk i saker fordelt på barnets alder. Prosent. (n=232 saker)

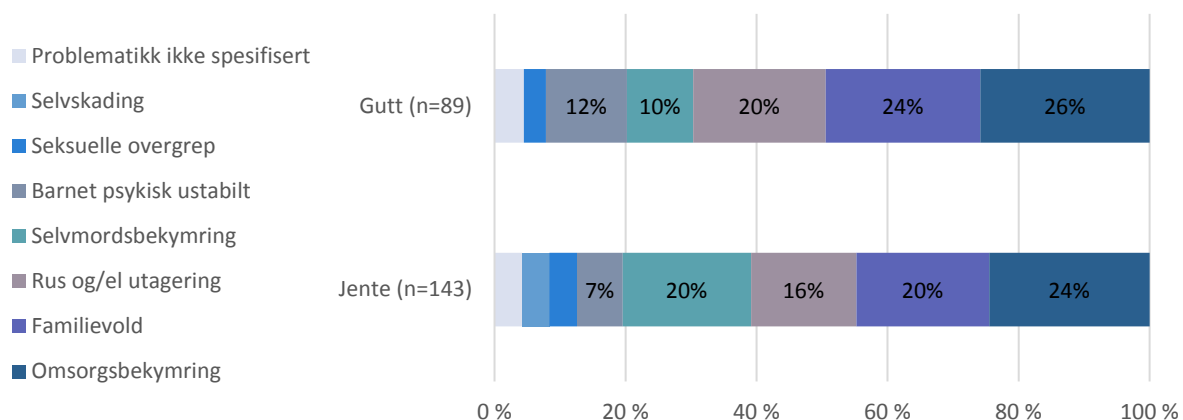
I aldersgruppen 13-17 år (gjelder 161 barn og unge) er bekymring og problematikk først og fremst knyttet til rus/utagering (24 prosent), selvmordsfare (19 prosent) og omsorgsbekymring (19 prosent). Familievold utgjør årsak til bekymring i 14 prosent av sakene i denne aldersgruppen, og mindre i denne gruppa enn hos de yngre barna.

I aldersgruppen 7-12 år (gjelder totalt 43 barn) er to av tre bekymringer knyttet til omsorgssituasjon (30 prosent) og familievold (40 prosent). Dernest finner vi bekymring for selvmord (14 prosent) og henholdsvis psykisk ustabilitet hos barnet samt rus/utagering (begge ni prosent) som de hyppigst forekommende årsakene til kontakt.

I saker som omhandler de yngste barna, fra 0-6 år (gjelder totalt 28 barn), er bekymringen i hovedsak knyttet til omsorgssituasjonen og til familievold. Dette gjelder i totalt 89 prosent av sakene. De resterende sakene fordeler seg på bekymring knyttet til selvmordsfare, rus/utagering og seksuelle overgrep. Fire prosent dreier seg om psykisk ustabilitet hos barnet og sju prosent om bekymring for seksuelle overgrep.

3.2.4 Bekymring og problematikk fordelt på barnas kjønn

Hele 63 prosent av samarbeidssakene i Akuttprosjektet omfatter altså jenter. Figuren under viser hvordan type bekymring/problematikk fordeler seg på jenter og gutter.

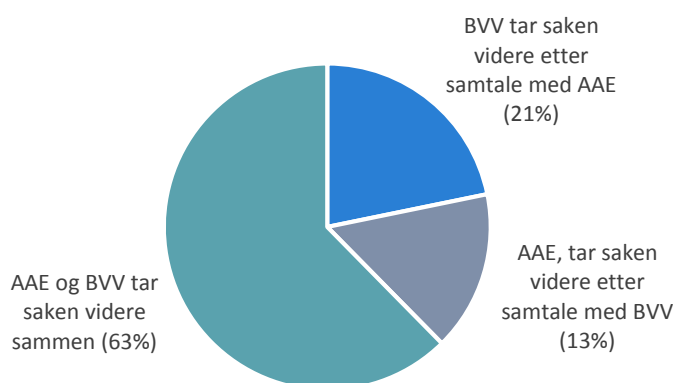


Figur 7 Bekymring/problematikk i saker vedrørende jenter versus gutter. Prosent. (n=232 saker)

Figur 6 viser at det ikke er veldig stor forskjell mellom jenter og gutter når det gjelder type bekymring og problematikk i saken. Av de fire hyppigste kategoriene finner vi omsorgsbekymring, familievold, rus/utagering og bekymring for selvmord. Sistnevnte er en litt hyppigere årsak til bekymring for jenter enn for gutter, mens rus/utagering er litt hyppigere årsak hos gutter.

3.2.5 Samarbeidstiltak mellom prosjektenhetene knyttet til akutt sak

I følge rutinen ringer AAE og BVV hverandre ved samtlige henvendelser om bekymring. Samarbeidet om saken starter her, og i første omgang for å avklare om saken inneholder bekymring som krever at både AAE og BVV er involvert i det videre arbeidet med saken. Figuren under viser prosentandeler av de 232 sakene som endte med at AAE og BVV tok saken videre sammen, eller om AAE eller BVV tok saken videre alene.

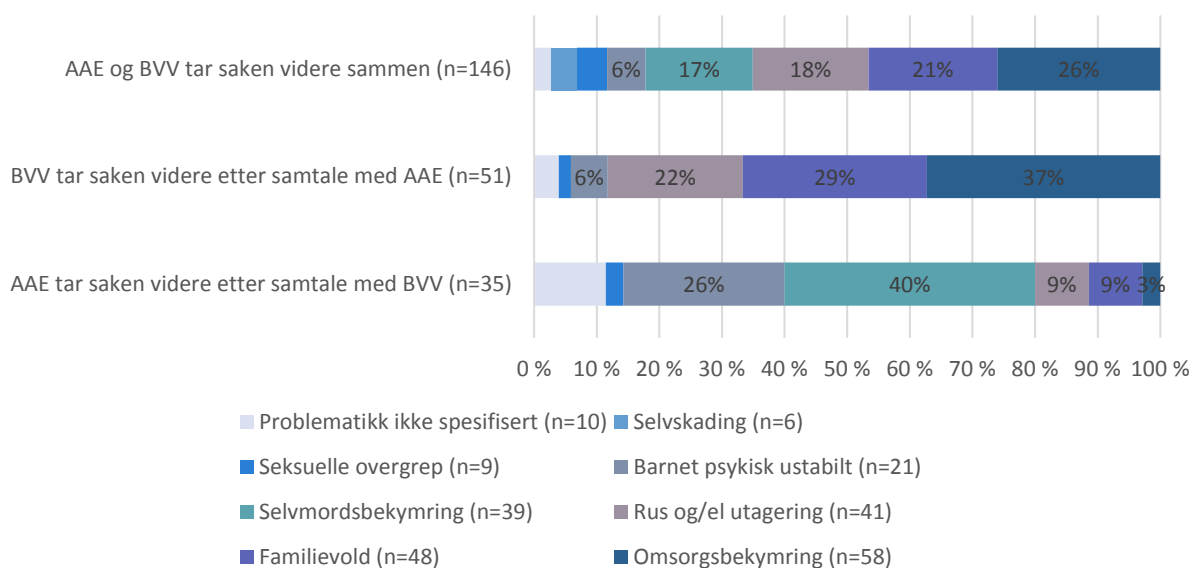


Figur 8 Samarbeid om akutte saker mellom AAE og BVV (og Bufetat). Prosent. (n=232)

I totalt 63 prosent av de 232 sakene definerte AAE og BVV saken som felles i det videre arbeidet, med et akutt behov for både psykisk helsehjelp og barnevernsbistand. I tillegg var

St. Hansgården (Bufetat) involvert sammen med AAE og BVV i ti prosent av sakene. I størstedelen av de øvrige sakene (21 prosent) tok barnevernvakten saken videre alene etter å ha drøftet saken med AAE og kommet til at saken ikke hadde umiddelbar psykisk helseproblematikk. AAE på sin side tok saken videre i 13 prosent av sakene etter å ha avklart med BVV om at saken var avgrenset til psykisk helse og ikke barnevernsproblematikk.

Figur 8 illustrerer prosjektenhetenes samarbeid om akutte saker fordelt på type bekymring/problematikk i saken.



Figur 9 Samarbeid om akutte saker fordelt på type bekymring/problematikk. Prosent. (n=232)

Sakene som AAE og BVV tar videre sammen dreier seg først og fremst om omsorgsbekymring (26 prosent) og familievold (21 prosent). Dernest rus/utagering (18 prosent) og bekymring for selvmord (17 prosent). Sakene som BVV tar videre på egen hånd etter samtale med AAE (21 prosent), dreier seg i hovedsak om omsorgsbekymring, familievold og rus/utagering. De sakene som AAE tar på egenhånd (13 prosent), dreier seg først og fremst om bekymring for selvmord (40 prosent) og psykisk ustabil barn (26 prosent).

3.2.6 Oppsummering – omfang og karakteristika av samarbeidssaker

Basert på klientregisteret har Akuttprosjektet hatt samarbeid om 232 barn og unge i krise. I 25 prosent av sakene er det registrert bekymring for omsorg, mens det i 20 prosent av sakene er mer spesifikk bekymring om familievold. I 17 prosent av sakene dreier det seg om bekymring knyttet til rus og/eller utagering. Like mange, 17 prosent, handlet om bekymring for selvmords og ni prosent dreide seg om psykisk ustabilitet hos barnet eller ungdommen.

Det er betydelig flere jenter enn gutter i sakene, 62 prosent jenter og 38 prosent gutter. To tredjedeler er i aldersgruppen 13-17 år, og her er bekymring først og fremst knyttet til rus/utagering, selvmordsfare og omsorgsbekymring (omlag 20 prosent i hver av disse kategoriene). I aldersgruppen 7-12 år er to av tre bekymringer knyttet til omsorgssituasjon og familievold. Blant barn 0-6 år øker bekymring knyttet til omsorg og familievold til 89 prosent av sakene. Her gjaldt også bekymring for seksuelle overgrep i sju prosent av sakene.

Saker med bekymring for selvmord er vesentlig høyere for jenter enn for gutter mens bekymring knyttet til rus/utagering og psykisk ustabilitet forekommer litt hyppigere for gutter enn for jenter

Etter drøfting av den enkelte sak, tok AAE og BVV saken videre sammen i 63 prosent av de 232 henvendelsene. I de resterende sakene tok enten AAE eller BVV saken videre alene, etter drøfting med den andre tjenesten.

3.3 Tiltak for utvikling av samarbeidsplattform for en tverretattlig akuttjeneste

Hvordan har Akuttprosjektet lagt til rette for samarbeid mellom prosjektenhetene, hvilke tiltak har vært viktige, og i hvilken grad har man lyktes med å etablere en god samarbeidsplattform for en tverretattlig akuttjeneste? Vi skal se på erfaringer knyttet til det som i første omgang ble en litt treg start for prosjektet, videre på erfaringer knyttet til fritak fra taushetsplikten, innføring av obligatorisk ringing ved alle akutte saker, hospitering hos hverandre og kompetansehevende tiltak.

3.3.1 Nyttig kick-off i en ellers treg startfase

En rekke tiltak i regi av prosjektet ble etter hvert iverksatt for at man skulle bli kjent med hverandre og hverandres fag og arbeidsformer. Helt i starten av prosjektperioden dreide dette seg om en kick-off – en felles studietur, som i stor grad omtales som svært nyttig både for å bli kjent med prosjektets ideer, men ikke minst med hverandre.

Det begynte jo egentlig når vi var på dette første seminaret i Amsterdam. Vi jobbet med case, vi jobbet med å bli kjent, og da var det litt sånn “hæ, er det sant? Kan dere ikke gjøre det?! Oi, det har jeg alltid trodd”, sant. Vi ble kjent med hverandre der, og så jobbet vi videre ... (leder ungdomsavdelingen)

Den [studieturen] følte jeg egentlig var veldig bra. Det var et veldig bra opplegg egentlig, som man følte at man ble litt blandet i grupper og litt sånn. Med en del fra barnevernsvakta, en del fra AAE. Og det var et veldig bra opplegg. Så reiste vi også til Fevik. Der var det mer sånn... Ja, det var litt gruppejobbing det også. Så det var og ganske bra synes jeg. (ansatt BVV)

Videre ble felles fagdager et sentralt virkemiddel både for generell kompetanseheving og for å utvikle felles forståelse i det konkrete samarbeidet om akutte saker.

Tidslinjen i prosjektet fikk et brudd ved at opprinnelig prosjektleder (fra BVV) gikk av og det ble innført delt prosjektledelse mellom BVV og AAE (mai 2014), noe som blant annet

skullesikre at de to hovedaktørene skulle være like mye involvert. De to prosjektlederne har vært opptatt av å bygge en felles kultur, noe som har vært et godt grep.

...vi måtte restarte og begynne nedenfra og opp. Vi måtte jo danne en kultur innad i prosjektet, for det er jo to sterke kulturer som skal møtes. Spesialisthelsetjenesten, barnevernsvakten (..) vi måtte jo enes om en kultur som vi ønsket i prosjektet ... om verdier og mål og sånne ting. Så det var jo noe av det at man restartet litt i forhold til hvordan det som var tenkt da, hvordan man skulle gå ut, og hva som var viktig, hvordan vi blir kjent med hverandre. "() det er jo mennesker i kriser vi er ute og møter, det er jo ikke hverdagssamtalen eller noe. Da skal vi spille på hverandre. Jo mer vi prater med hverandre og ser hverandre og treffer hverandre ... (prosjektleder BVV)

... sånn som vi har tenkt, det er jo noe med å bygge .., det med kjennskap til hverandre, en felles faglig plattform. Det var liksom første steget. (prosjektleder AAE)

Akuttprosjektet hadde klare målsettinger og begrunnelser for målene, men få på forhånd definerte metoder eller strategier for måloppnåelse utover det å samarbeide på tvers, og sørge for kompetanseheving gjennom faglig aktivitet. Etter en noe treg start tok prosjektet seg opp ved innføring av noen helt konkrete rutiner og tiltak, som vi kommer tilbake til.

3.3.2 Betydning av fritak fra taushetsplikten

Akuttprosjektet fikk opphevelse av taushetsplikten ved kongelig resolusjon før man kunne starte opp prosjektet.¹⁰ Fritaket gjaldt for akuttfunksjonene ved barnevern og psykisk helsevern, henholdsvis barnevernvakten og Akutt ambulant enhet.

Opphevelse av taushetsplikten utgjør selve grunnlaget for modellen *tverrfaglig akuttjeneste*. Som beskrevet innebærer dette i første omgang at de to tjenestene, i forbindelse med en akutt sak, fritt undersøker med hverandre hva den andre tjenesten har av informasjon om ungdommen og/eller familien fra før, uten at de først trenger å be om samtykke fra familien. Deretter drar tjenestene ut sammen for å undersøke saken, dersom de - når de kontakter hverandre - finner at det er behov for begge tjenestene i saken. Med andre ord at saken både inneholder omsorgsbekymring og bekymring knyttet til psykisk helse.

Fritaket fra taushetsplikt har helt klart en praktisk side ettersom det å innhente samtykke til å involvere en annen tjeneste kan være upraktisk og ineffektivt i en akutt krisesituasjon. Alternativet til direkte kontakt med den andre tjenesten for å få opplysninger i saken og til innhenting av samtykke, er å sende dem bekymringsmelding.

¹⁰ Fritaket fra taushetsplikt gjelder «for informasjonsutveksling i enkeltsaker mellom de personer som er særskilt utpekt etter § 3, gjøres unntak fra lovbestemt taushetsplikt i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester § 6-7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m. § 6-1 og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. § 21. Unntaket gjelder også for personer ansatt i BV og SSU når person som er utpekt etter § 3 ber om informasjon som er nødvendig for å ivareta det barnet henvendelsen til felles akuttmottak gjelder.» (Vedtekter)

Hvor viktig vurderer de ansatte i barnevern og psykisk helsevern at fritaket fra taushetsplikt har vært i akutte saker? I hvor stor grad skiller denne praksisen seg fra vanlig praksis, og hvor stor utfordring er det å ikke ha fritak fra taushetspliktbestemmelsene?

Hovedinntrykket fra intervjuene med de ansatte er først og fremst at fritaket har vært nyttig og at det har gjort det akutte arbeidet enklere. Det letter samarbeidet at henholdsvis barnevernvakt og Akutt ambulant enhet kan ringe til hverandre og gjøre en faglig vurdering av om dette er en samarbeidssak eller ikke. Flere ansatte trekker fram at det er effektivt og kan medføre at det gis hjelp på et tidligere tidspunkt. Mange påpeker likevel at fritaket fra taushetsplikten ikke representerer veldig store endringer i egen praksis, ettersom de også tidligere sørget for et samarbeid med henholdsvis barnevern og psykisk helsevern i de tilfellene der man så at dette var nødvendig. Følgende informanter ved AAE eksemplifiserer nytteverdien og effektiviteten ved å raskt få belyst hva barnevernet måtte ha av informasjon:

Jeg tenker det er noe med å prøve å gi disse familiene et så godt tilbud som overhodet mulig. Og hvis jeg jobber i en sak og ikke vet at barnevern har vært fokus, for eksempel. (...) Man får egentlig bedre hjelp på et tidligere tidspunkt, bare ved at man vet at de tingene [barnevernet] har vært inne og vært fokus. For man skal jo ikke vite hva som står i journalen, men man skal ha lite grunnlag med seg i en vurdering hvor vi treffer familier for eksempel. Så jeg synes det har vært nyttig. Veldig nyttig. (Ansatt AAE)

Det føles mye mere effektivt (...) ... Om det er den minste lille ting jeg lurte på om noen som tilhører prosjektet, så kan jeg alltid innhente informasjon fra barnevernvakten, hvis de er innenfor den ramma, da. Det er trygt og godt. Jeg kan også ringe BVV hvis jeg ser at vi får noen inn igjen en helg, som vi kjenner litt fra før av, og så sjekke ut, er det noe her som vi bør være klar over? Har dere noen historikk her? Det er veldig OK. Det er ikke automatisk i andre kommuner. (Ansatt AAE)

I tillegg til nytteverdien og effektiviteten fritaket fra taushetsplikten medfører, vektlegges her at det å kunne innhente informasjon gir trygghet for at man har fått med seg viktig informasjon.

Selv om de fleste legger vekt på nytten ved fritak fra taushetsplikten, understreker flere at man også uten dette fritaket opplever at man kan involvere andre tjenester ved behov. Man har sine innarbeidede praksiser i de situasjonene der behovet for å belyse saken med informasjon fra andre tjenester oppstår, enten ved å innhente samtykke eller ved å drøfte anonymt. Flere påpeker at her er det mye snakk om hvordan man legger det fram for brukerne. Som en sier: «Man trenger ikke å ta den der formalistiske tilnærmingen». Alvorlig psykisk helseproblematikk kan være et tydelig signal for barnevernets ansatte om at det trengs kompetanse om psykisk helse inn i saken. Når det for eksempel er snakk om akutt selvmordsfare, vil få være opptatt av formaliteter før viktig informasjon innhentes. Følgende uttalelse illustrerer dette:

Den har aldri vært noe hinder, taushetsplikten. For samarbeid, så har ikke taushetsplikten vært noe hinder i det hele tatt. (...) Nei, hvis vi hadde behov for det, og mente at et barn eller ungdom da som trengte å bli vurdert i forhold til sin psykiske tilstand, suicidalitet eller sånne ting, så ringte vi dem [AAE] og ba dem om bistand. (Ansatt BVV)

Følgende informant bekrefter at dette perspektivet, dersom det dreier seg om liv og helse, antyder samtidig at dette kanskje er annerledes for psykisk helsevern:

I grunnen ikke noe problem før heller ... (...) ... kanskje er det annerledes for sykehuset. For det er jo litt sånn, når vi kobler på sykehuset, iallfall sånn som jeg tenker, når jeg kobler på sykehuset, da kan jo jeg si til familien at «det synes jeg er lurt», fordi jeg er bekymret for den psykiske helsa, eller "kan hun gå og ta sitt eget liv", eller kanskje er det behov for noen samtaler fordi det har vært veldig traumatisk, eller ... Så gjør man jo det i enighet. (Ansatt ungdomsavdelingen)

Det er en del fordommer knyttet til begge tjenesteområdene, men det er lett å tenke at det er mindre kontroversielt å koble på psykisk helsetjeneste enn barnevern. Det er kanskje enklere å kommunisere til foreldre at barnet trenger psykisk helsehjelp enn at det trenger å tas ut av hjemmet og plasseres på barnevernsinstitusjon. Svært mange av de ansatte uttalte imidlertid at de svært sjelden opplevde at folk *ikke* ville motta hjelp, og det gjaldt både barneverntjenesten og psykisk helsevern.

Det ser ut som terskelen for at barnevernet har tatt kontakt med psykisk helsevern har vært litt lavere enn vice versa. Psykisk helsevern har tradisjonelt vært litt vanskelig tilgjengelig. Enkelte informanter bekrefter dette inntrykket:

Jeg mener jo at det er mest vi [psykisk helsevern] som har slitt med det. Vi har dekt oss bak taushetsplikten vår, og så har vi latt være å ta kontakt med barneverntjenesten, eller vi har utsatt og utsatt og utsatt, vi har på en måte satt opp denne berømte taushetsplikten. (Ansatt AAE)

En informant fra barnevernvakten bekrefter dette med at psykisk helsevern har brukt taushetsplikten på denne måten.

Hvis jeg går tilbake noen år, hvis vi tenker før prosjektet, så var det helt sånn: «det kan vi ikke si noe om. Vi har taushetsplikt». Det er litt personavhengig og ikke at de tar bladet fra munnen av og forteller rubbel og bit, men noen vil du kunne komme lettere i dialog med i hvert fall et stykke på vei. (Ansatt BVV)

Tjenestene kan gjemme seg bak taushetsplikten, og noen mener den også (mis)brukes der man er usikker på hva som er bra å gjøre:

Jeg har respekt for taushetsplikten, men vi må jo bruke den til det gode for de det gjelder – og hvordan du da kan forholde deg til taushetsplikten. Jeg synes ofte at taushetsplikten blir brukt der folk er utrygge. (Ansatt BVV)

Når det gjelder terskel for å ta kontakt i en akutt situasjon er det naturlig nok et skille mellom gamle og nye saker. I allerede kjente saker er holdningen blant en del informanter at

taushetsplikten i liten grad er et hinder. I nye saker derimot har dette/drøfting på tvers/informasjonsinnhenting ikke vært vanlig praksis.

Så tidligere når begge var inne [før prosjektet og fritaket fra taushetsplikt], har jeg egentlig aldri latt meg stoppe så veldig av [taushetsplikten] Men jeg ville nok ikke ringt barnevernet som noen selvfølgelig part i det hele tatt [i en ny akutt sak]. Det ville jeg ikke gjort. Det er nok en stor forskjell. (Ansatt AAE)

Spørsmålet som kommer opp når personer fra begge hjelpetjenestene er på stedet med ungdommen, og eventuelt familien, er i hvilken grad man skal informere om hvilke tjenester de ulike representerer. En ansatt ved barnevernvakten beskriver dilemmaet som følger:

Jeg tror nok at vi fremdeles er litt usikre på hverandre. Nå har vi vel holdt på i ... halvannet, to år, eller noe sånt. Men jeg tror nok at det ligger en sånn liten usikkerhet i forhold til «ok, hvor mye kan vi dele?» Selv om vi for så vidt får lov å dele. Og dette med «ok, hvor mye skal vi si [til ungdommen] at denne personen ikke er fra AAE, eller ikke er fra barnevernvakta. Vi har en utenfra. Skal vi si det?», «Skal man bare ta de med inn i alle saker, eller skal man vurdere? (Ansatt BVV)

Et interessant og mer overordnet moment som trekkes fram, er at fritaket er viktig for å skape ny praksis i tjenestene på sikt.

I utgangspunktet er fritak fra taushetsplikt viktig. Vi har et regelverk, men dette er ulikt hvordan folk praktiserer. Opphevelsen er god å ha i bunn. (..) Så opphevelsen kan være med å gjøre det lettere, men en må jobbe målretta og tydelig fra dag en med hele organisasjonen. Hvis noen er tydelig – så vil folk etter hvert se at det er nyttig. At det ikke betyr at man har utlevert folk. (Ansatt BVV).

Oppsummert skal de to tjenestene gjøre gode vurderinger av barns beste i situasjoner preget av akutt krise. Dersom saken blir godt belyst med informasjon fra andre tjenester som har vært involvert, vil dette gjerne være både nyttig og effektivt. Både blant helperne og mellom instansene eksisterer ulike oppfatninger av hvor langt taushetsplikten strekker seg, og dermed også hvor viktig opphevelsen har vært.

3.3.3 Ringerutine for BVV og AAE som virkemiddel for kontaktetablering

Et stykke inn i prosjektet så man at man trengte å jobbe mer med å få opp antallet samarbeidssaker, det vil si øke kontakten mellom BVV og AAE. Det ble innført en rutine med å ringe hverandre i alle akutte saker meldt inn til enten BVV eller AAE. Hensikten var å sjekke ut om det var relevant å respondere på saken sammen (og samtidig). En årsak til at man avgjorde at kontakt skulle tas i *alle* saker var for både å unngå at saker glapp, men også fordi man anså det som viktig for å bli bedre kjent. Prosjektleder ved AAE forklarer rutinen for kontaktoppnåelse som følger:

Det neste var kontaktoppnåelse. Derfor så innførte vi at vi skal ringe hverandre i alle akutte hendelser. (..) Altså, hvis barnevernstjenesten er først, så ringer de oss, og motsatt. I alle akutte saker. Og da vet en jo at det allerede der vil skje en siling på telefonen, «nei dette tar dere», eller vi kan si at vi blir med. Så har vi sagt at det er

den som tar kontakt som definerer hvorvidt det er akutt, og om den andre skal rykke ut. Så det ikke blir en diskusjon sånn sett. Men en drøfter jo saken. Hvis man ikke ender på en felles forståelse av hva man skal gjøre, så er det den som tar kontakt som definerer om en reiser ut sammen eller ikke. (Prosjektleder AAE)

Rutinen virker relativt gjennomført i de to enhetene, selv om noen av de ansatte sier at av og til «glipper det». Det er litt delte meninger blant informantene om at det er obligatorisk å ta kontakt med hverandre. En del informanter synes det er unødvendig. Andre resonnerer rundt at en slik praksis skyldes behovet for å få opp volumet på antallet saker i forsøksperioden, og på denne måten få inn en vane om at man skal ta kontakt med hverandre. En positiv effekt av obligatorisk ringekontakt er at dette helt konkret øker innblikket i hva de andre holder på med, og samtidig utvider perspektivet når man skal finne gode løsninger for brukerne, slik følgende uttalelser fra barnevernvakten tyder på:

Det er jo en del saker der vi ikke vurderer at de [AAE] skal være med, og så må man ringe der også. Det er jo litt "waste of time" (...) men det er jo på en måte for å få innblikk i hverandres ... hva vi holder på med. Og så kan det jo hende at det er noen saker der de likevel kan bidra med noe, hvor vi har tenkt at de ikke kan. (Ansatt BVV)

Vi har hatt en rutine på at (...) vi skal ringe opp, og si om det er noen saker. Men da har vi liksom tenkt litt snevert i forhold til hva de skal være med inn i, og så har det nå blitt mer utvidet til at en ser at jo faktisk; de kan være med oss i mye mer. (Ansatt BVV)

En god del av oppringningene vil dreie seg om å avklare om den andre tjenesten har kontakt med personen, og eventuelt familien, i saken som er meldt inn. Dermed får man mer informasjon i saken, den blir belyst fra flere sider, samtidig diskuterer man om det er aktuelt at begge tjenestene skal være med i uttrykkningen:

De gangene jeg har ringt ned da, så har jeg spurt: «har dere noe på den personen? Kjenner dere noe til ham?» Og så drøfter jeg eventuelt om det er noe de tenker at de bør være med på. Hvis begge to er enige om at dette er ren psykiatri, og at det trenger ikke de å være med på, så gjør de ikke det. Så man spør jo, og hører hva de tenker om det. (Ansatt AAE)

Det har nok også vært helt nødvendig å ha en mest mulig konsekvent rutine, slik følgende uttalelse fra gruppeintervju med ansatte ved AAE tyder på.

Jeg synes jo kanskje det gjennom hele prosessen har blitt forbedringer underveis, hele veien synes jeg, i forhold til at vi får stadig mer og mer kontakt egentlig. Vi har jo blitt pushet mye på det underveis da, på at det ... vi har kanskje ikke tatt nok kontakt Sånn at jeg føler at vi ... gradvis har tatt mer og mer kontakt, og nå er det liksom litt mer rutine og det er mye enklere å gjøre det. Nå bare faller det litt enklere enn det gjorde i starten da. (Gruppeintervju ved AAE, april -16)

Kontaktetablering er inngangsporten til felles akuttsak. Når prosjektperioden er over vil man trolig avgrense ringing til å gjelde de sakene som tydeligst har både barnevernsproblematikk og psykisk helse-problematikk i seg. Idealet er at det gir en bedre koordinering, og dermed

også et mer effektivt og riktig forløp videre. Så er spørsmålet hva som blir praksis når prosjektperioden er over, og de formelle kravene som for eksempel å ringe hverandre, opphører. Både ansatte i BVV og AAE gir uttrykk for at det spørs hva som skjer når det ikke opprettholdes rutine på det. Eksempel på dette fra gruppeintervju med BVV:

... merket i hvert fall på meg selv da, at man går jo litt sånn fort tilbake til gamle vaner. Og at i en del sånn klassiske akutte barnevernssaker, så har jeg i hvert fall hatt en tendens til å glemme å ta den telefonen, eller når jeg har gjort det så har det vært mer bare for å si at vi har en akuttsak som vi skal ut i. (Gruppeintervju april -16, BVV)

3.3.4 Hospitering og felles rapport

Når det gjelder hospitering, et annet sentralt tiltak i utarbeidelsen av en felles samarbeidsplattform, omfattet dette i første omgang BVV- og AAE-ansatte. Alle turnusarbeidere ved AAE hospiterte minimum fem kveldsvakter hver hos BVV i løpet av høsten 2015. BVV-ansatte hospiterte inntil en uke hos AAE. Det ble etter hvert også innført et møte hver fredag ettermiddag der ansatte ved AAE som skulle ha vakt i den helga, møter opp hos barnevernvakten. Hensikten er at man sammen skal forberede seg på helga og vite hvem som har vakt ved enhetene.

Når det gjelder BVV sine erfaringer med å hospitere hos AAE var de ansatte delt i synet på eget utbytte. Skillet gikk mellom de som i stor grad sa at de hadde blitt inkludert og de som i liten grad opplevde at de hadde blitt tilstrekkelig inkludert. Følgende uttalelser fra ansatte ved BVV illustrerer svært positive holdninger og lærdom hos dem som opplevde å bli involvert:

Det var veldig spennende. Ja, jeg lærte mye. Jeg fikk vært med på mye forskjellig: inngangsporten til BUP-systemet, inntaksmøtene der. Og de faglige vurderingene som blir gjort for det. Det er jo interessant, fordi vi også er et mottak, ikke sant. (Ansatt BVV)

Jeg synes det er veldig spennende å se hvordan de jobber. Og jeg opplevde jo at det var veldig likt her. Ja for det kom telefoner om når man måtte ta inn ungdommer. Ja, det var jo akutt. Forskjellen var bare at problemstillingen var litt annerledes der opp enn her. Jeg var med på tre akutte hendelser, ungdommer som hadde forsøkt å ta livet sitt og kom inn til vurdering, og fikk være med på det inntaksmøtet de har, som ikke er så ulikt vårt meldingsmøte (...). Så jeg følte det var veldig mange tangeringspunkter. (Ansatt BVV)

Når det gjelder felles møter hos barnevernvakten dreide dette seg om en felles «helgeoverlapping» fredager ettermiddag¹¹. Man hadde i utgangspunktet høyere ambisjoner enn kun AAEs deltakelse i et kort felles møte før helga. Ideen var at personale fra AAE kunne sitte og jobbe på BVV fredager. Dette krevde imidlertid tilgang på Dips-systemet, noe som

¹¹ I rutineheftet beskrives felles helgeoverlapping som følger (pkt 6.3): Hver fredag kl. 1700 er Akutt Ambulant Enhet og Barnevernsvakta sammen i møte vedrørende eventuelle utrykninger påfølgende helg. Om en av enhetene har saker de på dagtid tenker skal følges utover helg, meldes disse inn slik at ansatte kan møte forberedt til overlappingsmøtet.

viste seg ikke være mulig å tilby her. Avgrenset til en overlapping fredager, var hensikten som følger, ifølge prosjektleder ved BVV:

Vi har overlapping her hver fredag klokken 17 (...) Den der kontaktetableringen: hvem er på jobb? Okay, nå vet jeg at hun er der oppe denne helga, ikke sant. Det med å ringe hverandre (...) for da går vi gjennom oppdraget for hele helgen, at de får en innsikt da i forhold til hvordan våre helger ser ut. Og at de på eventuelle tilsynsoppdrag kan være med oss (...) være med ut på noen oppdrag for å se hvordan vår hverdag ser ut. (Prosjektleder BVV)

Ansatte ved AAE har forsøkt å følge opp rutinen, og omtaler den som positiv når vi drøfter den i fokusgruppeintervju med dem. Imidlertid er det ikke alltid de har anledning eller tar seg tid til å dra avgårde til BVV på fredagene, noe som også påpekes fra BVV i fokusgruppeintervju med dem.

Og så er det jo noen utfordringer, synes jo jeg. Det handler jo stadig vekk opp åpningstider, overlapping og den typen ting, sånn rent praktisk. Og så har vi prøvd å få til noe at AAE skal komme klokken fire [fredagsmøtet], for da har jo begge parter vært på jobb en time, og det har etter min erfaring vært litt så som så. Litt tilfeldig der ja. (Fokusgruppeintervju BVV, april 2016)

3.3.5 Kompetanseutviklende tiltak som virkemiddel

Ifølge prosjektdirektivet skal prosjektgruppa «iverksette kompetansehevende tiltak for de som skal jobbe i prosjektet fra de ulike enhetene (...) felles fagdager med innspill og forelesninger fra interne og eksterne ressurspersoner» (s.4). Videre går det fram at prosjektenhetene skal drive «gjensidig kompetanseoverføring og utvikle en felles forståelse og metodikk som skal brukes i felles akuttarbeid».

I målene for økt kompetanse ligger det en forventning om at det utvikles en form for samhandlingskompetanse mellom de involverte enhetene. Prosjektet har arrangert to to-dagers fagsamlinger og ni felles fagseminarer. Disse inneholdt en kombinasjon av interne innlegg og drøftinger av begreper og forståelse hos de ulike tjenestene involvert (for eksempel var det fokus på akuttbegrepet på samlingen på Fevik: hva legger de ulike enhetene i akuttbegrepet og når er en henvendelse akutt?). Videre har de hatt fokus på aktivitet og praksis i Akuttprosjektet, delvis gjennom case og gruppediskusjoner. På fagseminarene har de hatt en rekke faglige bidrag utenfra, blant dem innlegg fra evalueringen.

Generelt sett tyder intervjuene med de ansatte på at de kompetansehevende tiltakene har bidratt til en felles forståelse av hva tverretattlig akuttjeneste skal bidra med og hvordan man skal jobbe med felles saker. Dette gjelder på tvers av BVV og AAE.

Jeg synes at de fagdage som vi har hatt – at vi har noen problemstillinger, går gjennom noen saker, sitte litt i grupper på tvers. Det tenker jeg er nyttig. (Ansatt BVV)

Gjennom prosjektet, så har vi jo hatt de samme kursene, altså vi har hatt fokus på det samme med kriser, hvordan håndtere barn eller foreldre eller hva, hva skjer i kriser

med mennesker. (...) jeg har ansvar for den biten [psykisk helse], og jeg kan ikke pålegge de å kunne alt det jeg kan. (...). Men jeg har tillit til at de har barnevernsfaglig kompetanse, og jeg tar ikke noe ansvar for den barnevernsfaglige vurderingen, den må de stå inne for selv. (Ansatt AAE)

Samtidig som den utbredte holdningen blant de ansatte var at fagdagene var gode, fantes det også forslag til forbedring. Informanten i sitatet under stiller spørsmål ved hvor effektivt man lærer av et case som blir diskutert på en fagdag når det gjelder å trekke ut erfaringer av samarbeidet og gjennomføringen raskt etter den akutte fasen.

Det er jo på disse fagdagene at vi tar opp case og sånn. Jeg tenker at i akuttsaker er det så masse nyanser. Kunne ha kjørt mer på «nuet». Kjørt evaluering, fått verdifulle detaljer og nyanser og hvorfor man gjorde de valg man gjorde. (Ansatt BVV).

Behovet for både debriefing og evaluering i etterkant av akuttfasen; hvordan man løste saken, rollefordeling etc. samt avklaring av hva som skal skje videre understøttes av flere, noe vi kommer tilbake til under tema evaluering i etterkant av samarbeidssak (kap. 3.4.3).

3.3.6 Samarbeid med St. Hansgården i akuttfasen

Barnevernsinstitusjonen St. Hansgårdens inngang til samarbeid i den tverretatlige akuttjenesten oppstår ved behov for plassering i institusjon eller akutt bistand i hjemmet, som refereres til som «Hjemme hos». Ved behov blir St. Hansgården med ut til familiene og informerer og vurderer om «Hjemme hos» eller institusjonsplassering er et aktuelt tiltak. Dersom det blir konklusjon at det er behov, fatter BVV vedtak før de starter jobbingen. Ved "Hjemme hos" går miljøterapeuter fra St. Hansgården hjem til familie i en svært vanskelige situasjoner. De kan være der noen timer eller dager, og eventuelt netter. I Akuttprosjektet er tiltaket viktig i forhold til målet om: "«å styrke familiers evner til selv å håndtere den akutte situasjonen de måtte befinne seg i» (jf. prosjektdirektivet). Dette refereres gjerne til som foreldremestrende tiltak. Samtidig utgjør ikke «Hjemme hos»-tiltaket alene aktivitet og metodikk for å bygge opp under og støtte nettverket til familien. Selve metodikken knyttet til foreldremestring gjelder generelt i samarbeidet om saker i Akuttprosjektet¹².

Når det gjelder tiltaket «Hjemme hos» har dette i liten grad blitt brukt. Det vises til totalt ti tilfeller av «Hjemme hos»-tiltak i regi av St. Hansgården gjennom prosjektperioden, men dette gjelder for hele Kristiansandsregionen totalt (fem kommuner), og ikke utelukkende Kristiansand (som deltar i Akuttprosjektet). Det går likevel fram av intervjuene med barnevernet og Akutt ambulant enhet, også med brukere, at man har gode erfaringer og er gjennomgående fornøyd i de tilfellene der man faktisk har brukt «Hjemme hos»-tiltaket:

¹² Foreldremestrende arbeid generelt i Akuttprosjektet dreier seg om, ifølge prosjektleder ved BVV, å støtte opp rundt nettverket til barnet, og i så måte ha fokus på foreldres mestring rundt det enkelte barn og dets behov. Videre at enhetene har stilt seg tilgjengelig for familiene i form av hjemmebesøk, kjøreturer, telefonoppfølging, deltakelse i møter, tilstedeværelse og ulik råd og veiledning. Enhetene har forsøkt å skreddersy en pakke ut fra familiens behov og stilt seg tilgjengelig for at familien skal kunne stå i de akutte hendelsene sammen. Man har brukt mye tid på nettverksarbeid.

I hvert fall et par ganger, så har vi jo klart å få inn akutt «Hjemme hos», på kveld, altså sen kveld, natt. Da har det fungert veldig bra.

Det at man kan tilby akutt «Hjemme hos» når det koker hjemme hos en familie, det er jo gull verdt. Det er det virkelig. (...) Samarbeidet med St. Hansgården har blitt helt suverent. (Ansatt BVV)

De ansatte og leder ved St. Hansgården skulle ønske at «Hjemme hos» ble brukt i mye større grad. De ønsket i det hele tatt å bli mer involvert i det akutte arbeidet. Det virker å være en kombinasjon av flere årsaker til at tiltaket ikke ble brukt mer. En faktor som nevnes er at barnevern og psykisk helsevern har til dels lite erfaring med å bruke St. Hansgården som en ekstra ressurs i tillegg til egne tiltak.

De er ikke vant med å bruke St. Hansgården, men de kunne tenke at de kunne bruke oss som en ekstra ressurs. Hvis de hadde valgt å bruke oss mer så hadde de sett det, sett ut fra mitt ståsted. (Ansatt St. Hansgården)

Formalitetene i Bufetat knyttet til kostnader og vedtak ved igangsetting av tiltak kan muligens virke fremmedgjørende og slik utgjøre en terskel, noe følgende uttalelse tyder på:

Bufetat har jo ikke vært en samarbeidspartner som har vært veldig enkel i forhold til å finne alternative løsninger som ligger på grensen mellom kommunale og statlige tiltak. (Leder BVV)

Kostnader og formaliteter, kombinert med at kommunen kan velge å utvikle egne og rimeligere tiltak, har trolig bidratt til lite bruk av Bufetats tiltak. Ifølge prosjektleder ved BVV jobbes det dessuten aktivt med å utvikle tilsvarende, men rimeligere tiltak i regi av kommunen:

Det [«Hjemme hos»] er jo et tilbud som er okey, men det er et veldig dyrt tilbud. Fordi vi kjøper en institusjonsplass, og de terapeutene der er der jo og, hvis det skjer andre tiltak så må de jo gå ifra den familien. Så jeg tenker jo kunne vi fått egne miljøterapeuter da som er tilgjengelig, som vi kan bestille, og som vi kan da kan bruke i mye større grad og flere timer. Ut i fra samme pris. (Prosjektleder BVV)

3.3.7 Samarbeid med ungdomsavdelingen

Ungdomsavdelingen som er en egen avdeling i barnevernet som er rettet mot ungdom mellom 13 og 18 år, var ikke inkludert i søknaden om å få Akuttprosjektet. Ungdoms-avdelingens leder var imidlertid med i arbeidsgruppen som ble opprettet da man fikk prosjektet, deltok på oppstartseminaret. Hva var så bakgrunnen for at avdelingen ble inkludert? Leder av ungdomsavdelingen forklarer i intervju at de også jobber mye akutt på dagtid. Det var av interesse for ungdomsavdelingen å få enda større grad av samkjøring med de andre enhetene «ved å være med inn i prosjektet i en eller annen form». Imidlertid kjørte prosjektet seg litt fast i den innledende fasen, noe som medførte dårlig progresjon. Det ble en endring av prosjektets ledelse. I følge leder kom ikke ungdomsavdelingen i realiteten med før i august 2014. Avdelingen har deltatt på alle samlingene, men man har kun involvert enkelte ansatte til

å engasjere seg i Akuttprosjektet. Disse kunne være såkalte «drivere» inn, og deretter informere de andre i avdelingen.

Og så er det jo disse samlingene da, jeg tenker jo at det er nyttig at man har dem. Og det er kanskje det som er dumt da, med at vi bare skal ha «drivere», fordi alle får ikke kjennskap. Men samtidig så er det vanskelig å skulle møte opp en hel avdeling på alle disse samlingene. (Gruppeintervju, ungdomsavdelingen).

Hva har ungdomsavdelingens rolle vært i Akuttprosjektet? Avdelingen har en funksjon etter selve akuttfasen i den videre oppfølgingen av saker. Når det dreier seg om saker der avdelingen allerede er inne, kanskje har vært det over lengre tid, og det oppstår en akutt situasjon på dagtid, går ungdomsavdelingen selv inn og jobber akutt. Etter klokka 1530 vil det imidlertid være barnevernsvakten som tar akuttthenvendelsen.

I likhet med St. Hansgården har ungdomsavdelingens deltakelse i Akuttprosjektet gitt dem en lettere tilgang til å involvere psykisk helsevern (AAE), når de har ungdommer med psykisk helse-problematikk. Dette basert på forpliktelsen enhetene i felles akuttjeneste har overfor hverandre, noe som gjør det mindre individuelt hvorvidt man samarbeider eller ikke. En ansatt ved ungdomsavdelingen reflekterer over dette:

Det er noen ganger man får inn ungdom med noen problemstillinger som, ikke sant, som man vet at det er mye psykiatri i, og så har man på en måte en omsorgsbit som kanskje heller ikke er optimal. (...) Det skulle egentlig bare mangle at ikke vi kan jobbe litt hånd i hånd. Det er jo barn og ungdom i krise vi alle treffer. (...) Men nå er det jo (...) mer forpliktende, kanskje, at da er det ikke individuelt hvem som har det samarbeidet. (...) jeg har jo samarbeidet med flere oppe på sykehuset når det har vært kriser, og jeg synes egentlig vi har jobbet veldig godt sammen, da. (Ansatt ungdomsavdelingen)

Et moment når det gjelder ungdomsavdelingen er at Akuttprosjektet avdekket et dilemma knyttet til rutiner for når saker skal overføres fra barnevernsvakt og over til barneverntjenesten. Dette er et viktig moment i lys av Akuttprosjektets mål om å få til god koordinering av saker også etter akuttfasen. Dette belyses nærmere i kapittel 3.5.

3.3.8 Oppsummering – utvikling av en samarbeidsplattform for felles akuttjeneste

Akuttprosjektet hadde noen klare målsettinger og begrunnelser for disse, men få på forhånd definerte metoder eller strategier for måloppnåelse utover det å samarbeide på tvers. En felles kick-off ved oppstart var viktig for å bli kjent, og for å få kunnskap om forskjeller og likheter mellom enhetene, for eksempel ulik oppfatning av akuttbegrepet. Prosjektet fikk en noe treg start, men tok seg opp ved avklaring av prosjektledelse og innføring av konkrete rutiner og tiltak. Hovedinntrykket er likevel at man har latt praksis få utvikle seg relativt fritt.

Betydning av fritak fra taushetsplikt

Fritaket fra taushetsplikt gjelder i prosjektperioden, og kun for Kristiansand kommune (både BVV og AAE jobber mot alle fem kommuner i regionen¹³). Evalueringen viser at det er store variasjoner mellom hvordan de ansatte oppfatter og praktiserer taushetspliktsbestemmelsene. At endel ansatte uttrykker at taushetspliktsbestemmelsene ikke er til hinder generelt, er i tråd med resultater i en studie av Stang et al. (2013) gjort i blant annet barneverntjenesten og i psykisk helsetjeneste. Eksempelvis involverte man andre tjenester ved å drøfte saker anonymt, for eksempel i en telefonsamtale. Ved eksempelvis akutt selvmordsfare hos en ungdom, er terskelen lav for å inkludere annen tjeneste når det er åpenbart behov for kompetansen.

Alle informantene i evalueringen la likevel vekt på alle fordelene ved fritak; det å fritt kunne ta kontakt og innhente informasjon fra den andre tjenesten; slippe å gruble over hvor langt taushetsplikten strekker seg, og nytteverdien og effektiviteten av dette, samt trygghet for at man har fått med seg viktig informasjon i saken. Videre er det en vesentlig forskjell ved tverretattlig akuttjeneste fra ordinær tjeneste ved at den tverretattlige akuttjenesten inkluderer den andre tjenestens deltakelse *i selve utrykningen*. Enkelte ansatte antydte at det kanskje er mer problematisk for den psykiske helsetjenesten å kontakte barnevernet enn vice versa, men at det er svært sjelden man opplever at folk ikke vil motta hjelp. Dette gjaldt både innenfor barnevernstjenesten og psykisk helsevern. En «bonus» ved opphevet taushetsplikt, sett fra barnevernsansattes side, er at psykisk helsevern i noen grad har «gjemt seg bak taushetsplikten», og sånn sett vært mer utilgjengelig.

Ringrutine, hospitering og kompetanseheving

Intervjuene med ansatte og ledelse i prosjektenhetene tyder på stor enighet om at de administrative og organisatoriske tiltakene som å ringe hverandre, hospitering og kompetanseheving gjennom fagdager, har ført til at tjenestene har blitt veldig godt kjent med hverandre på tvers. Videre viser intervjuene at dette har skapt et mye bedre grunnlag for samarbeid om å løse akutte saker som meldes inn. De ansattes holdninger tyder alt i alt på at man i stor grad har lyktes med å etablere en samarbeidsplattform. Terskelen for kontakt er lavere enn før. Det er blitt vesentlig lettere både å ta kontakt og å oppnå kontakt med hverandre ved behov for den andre enhetens kompetanse i saken. De ansatte opplever også at modellen gir rom for å være mer fleksibel og løsningsorientert. AAE og BVV har samarbeidet før også, men samarbeidet har i mye større grad vært avhengig av enkeltpersoner. Nå er samarbeidet satt i system.

¹³ I tillegg til Kristiansand består Kristiansandsregionen av følgende kommuner: Søgne, Songdalen, Birkenes og Lillesand.

Mens noen ansatte mente at *ringerutinen* var unødvendig og tungvint, mente de fleste at en formalisert ringerutine var helt nødvendig både for å opprettholde bevisstheten om hverandre som samarbeidspartnere, og faktisk kontakte hverandre.

Et annet ledd i det å bli bedre kjent med hverandre og hverandres systemer var innføringen av *hospitering*. Turnusarbeiderne ved AAE deltok i minimum fem kveldsvakter hver hos BVV, og ansatte ved BVV fikk hospitere hos AAE inntil ei uke. Videre ble det også etablert felles rapportmøte hos BVV hver fredag ettermiddag. Ettersom møtet ble opprettet relativt seint i prosjektperioden er det for tidlig å si noe om nytten. Generelt vil selvsagt nytten være avhengig av oppmøte.

Fagdagene skulle bidra til kompetanseheving blant de ansatte og inneholdt en kombinasjon av interne innlegg, diskusjon av saker og forståelse av akuttarbeid samt faglige innlegg fra eksterne. Generelt sett tyder intervjuene med de ansatte på at dette har bidratt til en felles forståelse av tverretattlig akuttjeneste og hvordan man skal jobbe med felles saker. Hyppige evalueringer i mindre grupper tilknyttet konkrete samarbeidssaker kunne i tillegg bidratt til mer systematisk videreutvikling både faglig og når det gjelder rutiner.

Utvidelse av samarbeidsflaten mot St. Hansgården og ungdomsavdelingen

Samarbeidsflaten i Akuttprosjektet ble utvidet idet man inkluderte St. Hansgården og ungdomsavdelingen. Ved disse to enhetene jobbes det i noen grad akutt, men enhetene er ikke med på utrykning sammen med AAE og BVV. St. Hansgården innlemmes dersom det er aktuelt med plassering ved barnevernsinstitusjon, eller behov for «Hjemme hos»-tiltak. Ungdomsavdelingen innlemmes i akuttfasen dersom avdelingen har kunnskap om den aktuelle ungdommen eller familien. Ellers får de en rolle når saken eventuelt overføres til avdelingen *etter* den akutte fasen.

Lite bruk av «Hjemme hos» skyldes ikke misnøye med tiltaket, men synes å være en kombinasjon av flere ting: litt lite kjennskap til tiltaket og når det kan benyttes, for høy terskel basert på formaliteter, lovkrav og kostnader samtidig som AAE og BVV gjennom prosjektet har blitt flinkere til å bruke hverandres ressurser, og mobilisere nettverket rundt familiene i den akutte fasen.

3.4 Roller, ansvar og informasjon ved felles akutt utrykning (AAE-BVV)

Gjennom Akuttprosjektet har man fått etablert en samarbeidsplattform der det er krav om å kontakte hverandre ved alle akutte henvendelser og samarbeide om å finne løsninger og gode tiltak. Tverretattlig akuttjeneste skal ha en «felles faglig plattform ved akuttintervenering», og være forent om faglige tilnæringsmetoder i saker som krever rask bistand og oppfølging.¹⁴

¹⁴ Som et generelt faglig forståelsesgrunnlag legger Akuttprosjektet vekt på at det tas utgangspunkt i nettverksteorier, akutt- og kriseforståelse, et flerkulturelt perspektiv og familie- og systemteoretiske forståelse. Mer konkret skal det ved felles akutt utrykning, ifølge rutineheftet, legges vekt på: rask responstid, rask

Når barnevern (ved BVV) og psykisk helsevern (ved AAE) rykker ut sammen i en akutt sak, oppstår det et behov for å definere roller og å ha en felles forståelse av hvem som gjør hva. Prosjektlederne ved AAE og BVV presiserer behovet for avklaringer av roller som følger:

Vi må rolleavklare før vi drar ut, hvorfor er du med meg og hvorfor er jeg med deg, hva er min rolle. Noen har jo opplevd å ha med seg en terapeut som ikke har sagt et ord. Da tenker en at en like gjerne kunne ha gjort det alene. Så har noen hatt med noen hvor de bare har fått knallgod hjelp. Det er jo litt sånne blandede erfaringer. De må rolleavklare det i større grad først. Og også i ettertid at de må oppsummere i ettertid. Altså sånn hvordan gikk det her og behovet for debrifing. Så det er jo og noe som har kommet fram. Det er mange rutiner som har kommet fram. (Prosjektleder BVV)

Så jeg tenker der har vi jo potensial i forhold til hva som er forventningene i samtalen, og ikke minst, det er en avklaring som skjer i forkant. «Er det greit at du styrer, så kommer jeg inn fra sidelinjen, så følger jeg litt med på det. Hvis vi må skille her så kan jeg ta barnet med å prate, så tar du de voksne». Så de avklaringene der. De må på en måte på plass, og det må prates mer om det. Og ... det der, å tenke sånn i forlengelsen, hvem tar ansvar, hvem blir det naturlig at tar størst ansvar ... Disse tingene. Det vil vi synliggjøre i de dagene som kommer etterpå når de skal holde tak i sakene. (Prosjektleder AEE)

3.4.1 Avklaring av roller før utrykning

Mange av de ansatte ved BVV og AAE er svært erfarne fagfolk med lang fartstid i tjenesteapparatet og dertil opparbeidet kunnskap, forståelse og rutine. I en tverretattlig tjeneste trengs en felles forståelse av hva som er oppdraget, og hvordan gjennomføre det. Dermed oppstår behov for å finne ut hvordan egen rolle kan tilpasses den nye formen for organisering, og kanskje en bevisstgjøring omkring egen praksis; hva man gjør og hvorfor.

Erfarne fagfolk vil gjerne ha en rutine og vane som også utfordres i møtet med en annen profesjon.

Det er i den akutte fasen man ofte handler litt sånn på instinkt. Og man gjør det som ofte er litt sånn, man er vant til å gjøre. At man har en felles forståelse hva som er viktig når man går ut. (Ansatt AAE)

Det er lite som tyder på at man har slitt med ulik forståelse av hva som er viktig i de akutte situasjonene. Tvert imot virker de ansatte i de to akuttjenestene å være relativt forent om dette. De to tjenestene har i utgangspunktet mange likhetstrekk også, slik følgende uttalelse fra ansatt ved AAE tyder på:

Det viktigste er jo at barn og ungdom og familier får den beste hjelpen. (...) ... og så er det jo spørsmål, hva trenger de til enhver tid? Hva er mest riktig hjelp? Men det er klart, jeg ser jo at i samarbeid med barnevernet ..., det er mye de samme tingene. Mye

stabilisering og reorientering av den akutte hendelsen, fokus på barnas behov, foreldrestøttende tiltak for å styrke foreldrekompetansen samt bevissthet på kulturelle forskjeller.

den samme samtalen jeg har som ansatt ved AAE som det en barnevernsansatt har. (Ansatt AAE)

En felles forståelse av hva som er viktig er selvsagt nyttig, men det fremholdes at det ikke er et mål å bli mest mulig lik, snarere å ta ut det beste fra de to hjelpetjenestene.

Jeg har en kompetanse innen psykisk helse. Og jeg er på en måte sånn trygg i den. Men altså sånn, jeg er helt avhengig av den andre [BVV] sin kompetanse i forhold til å vurdere, hva gjør vi nå? Så jeg tenker at når vi går ut, så føler jeg veldig at her, nå går vi sammen. Hvem som styrer hva? Her må vi spille på hverandre. (Ansatt AAE)

Ikke alle har utelukkende positive erfaringer i Akuttprosjektet i så måte, slik følgende uttalelse fra fokusgruppeintervju med BVV illustrerer:

Jeg har jo litt sånn varierende erfaringer da. Jeg har jo tenkt som så, at hensikten med prosjektet har vært at vi skal tilføre noe til dette samarbeidet, basert på at vi har barnevernkompetanse, og de har kompetanse på psykisk helse. Og så har jo mine erfaringer kanskje vært, at en hvert fall i noen saker, så har jeg ikke helt sett at det har helt vært sånn skille. Og det kan jo gå begge veier. Det kan være positivt, men samtidig så har det kanskje skuffet meg litt i noen tilfeller. At kanskje ikke jeg har opplevd det at man har kunne utfylle hverandre. Og så har det vært veldig bra samarbeid i andre saker. Og det kan jo selvfølgelig handle om flere ting. (Fokusgruppeintervju BVV, april 2016)

Flere ansatte uttrykte at det ble opplevd som trygt at fagpersonen fra den andre tjenesten representerte en kompletterende kompetanse som man ellers ville savnet. Dette er kanskje særlig tydelig blant ansatte i barnevernet, som i større grad kan stole på at psykisk helseproblematikken i saken ivaretas av Akutt ambulansetjeneste der man tidligere gjerne slet med å få et tilbud til brukeren. Man kan som barnevernsansatt lene seg litt på kompetansen hos AAE, slik følgende informant beskriver en akutt situasjon med et barn i krise og en psykisk ustabil mor:

*For å si det sånn, jeg hadde jo en tanke i hodet om: hvor er mor psykisk? Er hun helt i sjokk her? Klarer hun å tenke klart? Men **** som var her i fra AAE, jeg kunne hvile litt på at han er enda flinkere på dette enn meg, dette sjekker han ut nøye. Jeg er mer sikker på avgjørelsen når han var der og vi tok den sammen. (Ansatt BVV)*

På samme måte er det for AAE, når de står overfor vurderinger som omhandler omsorgssituasjon og omsorgsevne. Der man før kunne kjenne på usikkerhet når det gjaldt å ivareta denne type problematikk i tillegg til psykisk helse, kan man nå lene seg på, eller støtte seg til, den kompetansen kollega fra BVV har, slik følgende ansatt ved AAE uttrykker:

Jeg blir mer og mer vant til rollen. Jeg tenkte kanskje litt sånn før, da jeg ikke kjente dem [barnevernvakten] og hadde vært med så mye: «Hjelp, skal jeg få dette ansvaret? Skal jeg vurdere denne moren her?» (...) men jeg følte meg mye mer trygg nå, fordi jeg visste jo hvem hun var, hun fra barnevernvakten. (Ansatt AAE)

Et viktig moment er også at det blir raskere avklart hvilke tjenester som skal være med, hvordan man skal jobbe og hvilke tiltak som skal settes inn. Dette er en stor fordel, ikke minst for brukeren.

Når du har med de [barnevernvakten], så kan du mye fortære bestemme hvem det er som skal jobbe – og hvordan man skal jobbe med saken videre. (Ansatt AAE)

Hvilken type kompetanse den andre tjenesten representerer, og hvordan fordelingen av ansvar og oppgaver skal være under den akutte utrykningen er ikke bare avhengig av de formelle rollene den respektive tjenesten innehar. Det vil alltid være individuelle variasjoner med hensyn til hvordan den enkelte person jobber. De ansatte la vekt på at man nå hadde et mye bedre grunnlag for samarbeid fordi man var blitt bedre kjent med den enkelte gjennom prosjektet, men at god kjemi uansett var en viktig faktor. Dette uttrykkes som følger av en BVV-ansatt:

Det som jeg synes er vanskelig, det er jo det med kjemi mange ganger ... det med kjennskap til hverandre. Fordi man risikerer jo å komme sammen med noen man omtrent kanskje bare har sett. Å vite hva den andre er god på. (...) Og så tenker man kanskje «har du tenkt å stille noen spørsmål, eller har du ikke tenkt å stille noen spørsmål?» (Ansatt BVV).

Enkelte ansatte fortalte at de etter hvert hadde fått et særlig godt samarbeid med enkelte i den andre tjenesten. Det vil alltid være slik at enkelte personer tiltrekkes hverandre, noe som forsterker motivasjonen for samarbeid. Man vet hva den andre vil tilføre saken, og anerkjenner det som gjøres, slik som følgende uttalelse fra en ansatt ved barnevernvakten om en kollega ved AAE.

Det er litt personavhengig. Jeg har jo en sånn favoritt som jeg elsker å jobbe sammen med. Hun fikk jeg jo lurt ned her halv ti en kveld med en ungdom vi hadde. Hun sa «tror du det gjør en forandring at jeg kommer?» «Ja», sa jeg, «det er jeg helt sikker på». (Ansatt BVV).

3.4.2 Forberedelse til felles utrykning

Ifølge rutineheftet for Akuttprosjektet skal medarbeiderne ved henholdsvis AAE og BVV sette av tid i for- og etterkant av felles utrykninger, og at møtet i forkant for eksempel kan skje over telefon, i bilen eller på kontoret. I møtet avklares enhetenes rolle i samarbeidet, ansvarsfordeling og faglig tilnærming/fordeling av oppgaver.

Det er et inntrykk at man ikke har lagt veldig sterk vekt på faste rutiner i gjennomføring av Akuttprosjektet, men i større grad latt praksis få utvikle seg med liten grad av påtrykk. I mange tilfeller framgår det av intervjuene at de ansatte ikke kjenner til at det fins spesifikt utarbeidede rutiner. Dette ble diskutert i fokusgruppeintervju med AAE, der en ansatt uttrykte følgende om forberedelse til utrykning:

Vet ikke om vi har noen rutiner for det, men det er nok en sånn mer ... i hvert fall føler jeg, i de sakene som jeg har vært i, at vi snakker jo sammen før vi drar ut, enten på

telefon eller at vi møtes. Vi kjører kanskje bil sammen ... da får en jo litt tid, og så ... at vi bruker litt tid etterpå. Det blir ofte like lett å gjøre det utenfor huset, for eksempel der det skjer, eller at en stopper litt lenger borte og tar en prat eller ... Når vi kjører sammen, så er det jo greit. Så jeg føler at det har blitt bedre. (Fokusgruppeintervju AAE)

Inntrykket er at man særlig gjennom siste del av prosjektperioden har vært opptatt av å etablere og videreutvikle rutiner. Prosjektleder ved AAE kommenterer rutiner når det gjelder utrykning som følger, ett år før prosjektets slutt:

Det vi har begynt å fokusere på nå, det er når ansatte drar ut sammen i saker. Det er vi kommet til nå. Og da har vi, vi sier at ... de må på en måte ta seg tid til å få drøftet saken godt i forkant. Og også avklare roller. Hvem leder samtalen, og hvem er "co-terapeut" ... og at de også gjør det samme etterpå. (...) Tenker vi potensial i forhold til hva som er forventningene i samtalen, og ikke minst, at en avklaring skjer i forkant. «Er det greit at du styrer, så kommer jeg inn fra sidelinjen, så følger jeg litt med på det. Hvis vi må skille her så kan jeg ta barnet med å prate, så tar du de voksne». Så de avklaringene der. De må på en måte på plass, og det må prates mer om det. (Prosjektleder AAE, mars 2015)

Det kan tenkes at en større vekt på prosedyrer og rutiner kun ville hatt begrenset nytte i et arbeid som krever fleksibilitet og tilpasning til mange ulike situasjoner og problemer. Det vil sannsynligvis i mindre grad være *formen* på møtet i forkant og evalueringen i etterkant som er viktig, men at man faktisk får gjort de nødvendige forberedelsene og avklaringene. Det er ikke alltid man har fått dette til i Akuttprosjektet, men de prøver:

Vi prøver i hvert fall og møtes fem-ti minutter før, sånn at vi får hilst på hverandre og avklart roller. Sånn at en ikke kommer inn der og er like forvirret som familien. (AEE)

Dersom man har vært på utrykning sammen med noen tidligere vil samarbeidsformen selvsagt være litt mer forutsigbar. Dog vil det ofte være stor uforutsigbarhet i selve krisesituasjonen uansett, og dette lar seg vanskelig fange opp i prosedyrer, slik følgende uttalelse illustrerer:

Det er nok litt sånn forskjell fra person til person. Litt sånn, «så gjør vi det», og så tenke litt alternativt. Og så er det ikke alltid det går sånn. Når man kommer inn da så er situasjonen en helt annen enn det man forestilte seg. Og da må man bare snu rundt. Men det avhenger nok litt av personen og ... og om man får pratet litt i forkant. (Ansatt AAE)

3.4.3 Evaluering i etterkant av utrykning

Som ved møte i forkant av felles utrykning skal det ifølge rutineheftet, også settes av tid til evaluering i etterkant. Hensikten er å gjennomgå den informasjonen som har framkommet, koordinere det videre arbeidet, inkludert et eventuelt samarbeid, samt ha mulighet til å

kjenne etter om man har behov for veiledning i saken¹⁵. Dette kan være på personlig eller faglig plan. Som ved formøte foreslås det at evalueringen kan skje over telefon, i bilen eller på kontoret.

Det fremkommer av intervjuene at en del ansatte har behov for evaluering av den felles utrykningen. Som for formøte er inntrykket at det er for usystematisk hvorvidt og hvordan evaluering i etterkant gjennomføres. Akuttprosjektet ville sannsynligvis hatt god nytte av en mer systematisk evaluering av den enkelte sak, slik følgende ansatte påpeker:

Har ikke så mange saker enn at man kunne tatt evaluering og trekke ut erfaringer. (...) at de som er involvert i saken skal evaluere saken rett etter (...) møtes kjapt og skrive små rapporter på hva vi opplevde. Det hadde vært nyttig for å forstå: hva er det egentlig som gjør at samarbeidet gikk bra, eller at det ikke gikk bra. (Ansatt BVV)

Ved å gjennomgå den enkelte sak ville man systematisk videreutviklet modellen ved å videreutvikle stadig bedre løsninger og rutiner. Det mest sentrale, å sikre kontinuitet i saken, er avhengig av at det avklares hvem som skal ta saken videre.

Og så tenker jeg ikke minst i etterkant. At man bare gjør en kort avklaring. «Ok, dere tar ikke noe videre nå.» Eller: «Er dette noe som dere ikke skal ta tak i det hele tatt?». For der har det og vært noen saker der det i etterkant har vært en viss forventning til. (Ansatt AAE)

I noen saker har det vært en forventning om at den andre tjenesten tar tak, mens saken i virkeligheten har blitt liggende i flere dager før den har blitt tatt videre.

Prosjektledelsen har vært opptatt av å stadig søke forbedring i prosjektet, for eksempel potensialet ved å jobbe mer intensivt med det som skjer i de akutte utrykningene. Prosjektleder ved AAE formulerte det som følger ett år før prosjektavslutning (mars 2015):

(...) når en fra AAE og en fra BVV er ute sammen, hva skjer i den samtalen – rolleavklaring og sånne ting. Der har vi potensial å jobbe enda mer ... altså utvikle det enda mer. Der har jeg lyst til å ha et fokus, sånn faglig sett. Og på samarbeidet videre. Altså, i samtalen og avklaring av roller og alt det der. Som jeg sier: «Der har vi mer å gå på». (Prosjektleder AAE, mars 2015)

3.4.4 Informasjon til brukerne om tjenestene tilstede ved den akutte utrykningen

Et underliggende spørsmål i en modell der både barnevern og psykisk helse er involvert er om brukere vil reagere negativt på dette. Særlig er det lett å tenke at mange foreldre vegrer seg for at barnevernet skal komme. Når det gjelder psykisk helsevern kan det tenkes at dette i større grad mottas positivt, ettersom det generelt er en litt høy terskel for å få psykisk helsehjelp. Ofte vil det være slik at de familiene det her er snakk om også tidligere har hatt behov for

¹⁵ Evalueringen skal ifølge rutineheftet: gjennomgå den informasjonen som har framkommet, lage plan for videre arbeid, fordele ansvar mellom enhetene for videre oppfølging og koordinering, avklare hvordan samarbeidet opplevdes og om det er behov for veiledning.

oppfølging av hjelpeapparatet. I intervjuene med de ansatte ble det ikke rapportert om brukere som reagerte negativt på at enten barnevern eller psykisk helsetjeneste var med i teamet de møtte ved den akutte krisen. Det ble brukt ulike metoder for å informere brukerne i møte med dem. De fleste ansatte la vekt på å tydeliggjøre overfor bruker at «dette er et prosjekt» og «slik gjør vi det».

I de sakene som jeg har hatt, så sier vi sånn: «vi har et prosjekt ... etc.». Vi gjør alltid det. Og så sier jeg til alle med en gang da, at: «Bare så dere er klar over det. Her har vi samarbeid med barnevernet, og det er rutine, det er ikke fordi at dere ...» Ja, fordi at det er klart at foreldre kan jo fort gå i forsvar når de hører at barnevernet kommer. Men, da har vi sagt at det er bare ..., sånn har alle det. Jeg har ikke opplevd noen som har reagert på det. Av de sakene som jeg har hatt. (Ansatt AAE)

I endel tilfeller blir det heller ikke informert spesifikt om hvilke tjenester de ulike tilstedeværende hjelperne representerer. Dette kan gjerne bli et underordnet tema når krisen er stor. Og så fins det tilfeller der akuttjenesten kjente til at foreldre ikke ønsket en spesifikk tjenestes involvering, og at man da valgte å være litt utydelig på hvilke tjenester den enkelte representerte. I fokusgruppeintervju med AAE gis eksempel fra en situasjon der foreldrene hadde et vanskelig forhold til Abup, som AAE er en del av:

... tenker at de, brukerne, har egentlig ikke hatt en reell sjanse til å si at: «vi vil ikke ha ABUP med». For en ting er fri informasjonsflyt, sant. (...) Men, sånn som det er presentert fra vår side, og også tror jeg fra barnevernet sin side, er at: «nå er vi i et prosjekt hvor det er rutiner at vi snakker sammen, og vi går ut sammen». (...) og i det møtet så ... (...), så tror jeg ikke de har helt klart for seg at jeg representerer ABUP. For da tror jeg at jeg hadde blitt kastet ut. (Fokusgruppeintervju AAE)

3.4.5 Oppsummert – roller, ansvar og informasjon i akuttfasen

Ansatte erfarer at de gjennom Akuttprosjektet har blitt bedre kjent med respektive barneverntjeneste og psykisk helsevern, og fått større forståelse for hverandres oppgaver og roller. I møtet med brukerne opplever man i større grad enn før å fremstå som en enhetlig hjelpeinstans. Samtidig påpeker noen også viktigheten av at man opprettholder egen faglig identitet, som henholdsvis barnevernfaglig og psykisk helsefaglig. Det er ikke et poeng å bli lik, men å komplementere hverandre faglig sett.

Selv om det fins eksempler på episoder der ansatte har hatt ulik oppfatning av hva som er viktig, og hva som bør gjøres der og da, er hovedinntrykket at man i liten grad har slitt med ulik forståelse. Noen mente også at tjenestene har blitt mer likestilte. Momenter som vektlegges er: raskere avklaring på hvilke tjenester som skal være med, hvordan man skal jobbe og hvilke tiltak som skal settes inn. Dette er en stor fordel, ikke minst for brukeren.

Akuttprosjektet understreker viktigheten av å være forent om faglige tilnæringsmetoder, temaer som har blitt tatt opp på fagdager i regi av prosjektet. Samtidig uttrykker flere av de ansatte et ønske om bedre avklaring på hvordan man konkret skal forberede seg sammen før en felles sak. Tilsvarende ønsket flere en bedre avslutning etter en felles akutt uttrykning, blant

annet en tydeligere avklaring på hvem som skal følge opp saken videre. Informasjon om passende rutiner finnes i eget rutinehefte, men det virker som det har vært lite påtrykk om å følge rutinene. Kjennskapen til rutineheftet var liten blant de ansatte.

Når det gjelder selve akutfasen vil gjerne arbeidet kreve en viss fleksibilitet, spesielt ved veldig ulike situasjoner og problemer som de ansatte møter i utrykningen. Ikke desto mindre er behovet for grundig evaluering i etterkant av felles utrykning viktig, både for å sikre den enkelte sak og for å videreutvikle gode rutiner generelt. Hovedinntrykket er at man i utforming av en felles akuttjeneste ville hatt god nytte av en enda mer systematisk evaluering av den enkelte sak.

En akuttjeneste der barnevern og psykisk helsevern drar ut sammen er noe nytt, og brukerne bør orienteres om at begge tjenestene er tilstede. De ansatte har ikke hatt en ensartet praksis når det gjelder å informere om dette i møte med brukerne. Når det ble informert om dette ble det gjerne lagt vekt på at: «dette er et prosjekt» og «slik gjør vi det». De ansatte opplevde i svært liten grad å møte brukere som reagerte negativt på at enten barnevern eller psykisk helsetjeneste var med i teamet som møtte ved den akutte krisen. Presentasjon av hjelperne blir gjerne et underordnet tema i krisesituasjoner der man skal roe ned og jobbe løsningsorientert og effektivt. Samtidig trengs det å tydeliggjøre overfor brukerne hvem de får hjelp av. Det virker som en god idé i så måte å lage en informasjonsbrosjyre som kan deles ut eller legges igjen.

3.5 Sikring av koordinert oppfølging etter akutfasen

Akuttprosjektet har som mål å sikre koordinert oppfølging også *etter* akutfasen. Ifølge prosjektdirektivet skal akuttjenesten «bidra med sin tverrfaglige kompetanse og ressurser etter første akutfase, for at barn og unge og deres familie ikke må vente for lenge på et mer tilpasset og permanent hjelpetiltak». I dette kapitlet skal vi vurdere hindre for koordinert oppfølging etter akutfasen.

3.5.1 Ulik oppfatning av akuttbegrepet – hinder for koordinert oppfølging

Ettersom oppfatningen av akuttbegrepet er ulik hos AAE og BVV, med dertil ulik tidsperiode for akutt jobbing, kom akuttbegrepet tidlig opp til diskusjon. Det sentrale dilemmaet ble hvor lenge BVV skulle jobbe med saken før den overføres internt i barneverntjenesten, og på hvilket tidspunkt resten av barnevernet skal være klar for å overta. Man kan si det slik at Akuttprosjektet avdekket et hull i barneverntjenestens interne rutiner. Ettersom BVV ifølge sin rutine overførte saken allerede etter ett døgn kunne saken bli liggende i de tilfeller der barneverntjenesten ikke umiddelbart tok over. Det ble uttrykt frustrasjon over dette i AAE:

Det har vært veldig forskjellig, for å si det sånn. Så ... det var jo en del frustrasjon rett og slett i forhold til det at vi følte at vi ... Det var et utrolig godt samarbeid med barnevernvakten, og så blir det nesten stopp, fordi at da når da barnevernvakten etter

nesten sånn ... si etter en helg da, sier at: «nå er det ikke vårt lenger», så ble jo saken liggende, så folk ga det opp, ikke sant. (Fokusgruppe AAE)

Det har lett for å stoppe opp når barnevernvakten trekker seg ut, og en skal på en måte tenke at dette må gå videre. Vi trenger barnevernet fortsatt med. Men så vil barnevernvakten ut, og så er det over til videre oppfølging. Enten til undersøkelse eller ... Da har jeg opplevd at dette er, det er tungrodd, det tar tid, det har vært svikt i forhold til at saken blir liggende. Men akkurat i dette sånn umiddelbare. Synes jeg det har fungert veldig, veldig bra (...) Og da kan det ta veldig lang tid. Fordi at dette er, og da har det hendt, det er faktisk i to saker hvor jeg har måttet ringt og si «hva skjer nå? Vi trenger at dere er på». (Ansatt AAE).

Hovedinntrykket er at ansatte ved BVV er jevnt over enige i at deres tidshorisont i akuttfasen kunne medføre diskontinuitet etter akuttfasen. Tvert imot uttrykker flere ønske om, og behov for å holde lenger på saker og å få til en god «overlevering». Følgende sitater fra intervjuer med ansatte fra BVV illustrerer dette veldig tydelig:

Jeg tenker jo at det er en svakhet for barnevernvakten at vi slipper saker så fort. Vi går inn og slukker en brann kanskje, så lar vi han bare ligge. Og det går ganske lang tid kanskje før barnevernstjenesten tar den.» (Ansatt BVV)

Vi jobber godt sammen i selve den korte akuttfasen ... men det jeg savner er at vi kan følge opp litt mer sånn framover, og få til en overgang og lage avtaler (...) Fram til nå kan jeg ikke se at det vært så mye av det prosjektet har [jobbet med] ... Nå er det jo satt inn endel ting for at en skal få dette videreutviklet, men jeg kan ikke se at det har ført til så mye. Så det har jeg kanskje vært litt skuffet over. (Ansatt BVV)

Uavhengig av om de [AAE] er med eller ikke, så tenker jeg at det er viktig å følge opp [brukerne] i ettertid, mange ganger. Det er viktig at hvis jeg har stått der akkurat den dagen med dem [brukerne], at jeg kan ha mulighet til å være med et par ganger til - å overlevere saken på en ordentlig måte til neste avdeling. Der tenker jeg at det ikke er god nok jobbing. (Ansatt BVV)

Litt over ett år før prosjektslutt ble det bestemt at fra å overlevere saken neste virkedag, skulle BVV ha saken i inntil en uke og overføre den til barneverntjenesten i et overføringsmøte på onsdager. For barnevernvakten representerer dette en relativt stor rutinemessig endring., For ungdomsavdelingen betyr det at de ikke involveres så tidlig i saken, men møter desto større krav om fleksibilitet – å være klar for flere akutte saker. Prosjektledelsen var etter hvert veldig bevisst på nødvendigheten av i større grad å sikre koordinert oppfølging, og det på et område der det har «vært et hull i mange år», ifølge prosjektleder ved BVV.

Akuttambulansetjenesten de tenker jo fjorten dager, i hvert fall, ikke sant. Mens vi tenker jo til første virkedag. Og da er det jo noe med samarbeidet, ikke sant. (...), å få til noen interne rutiner for overganger rett og slett som utfordrer oss her nede [BVV], om å stå lengre i prosess. Og synliggjøre for de vi skal jobbe med at de til enhver tid har noe å forholde seg til, både familie og samarbeidspartnere, myndigheter, ansvar. Det vil utfordre oss litt å stå lengre i de familiene som er i krise da. Det er jo noe som er blitt synliggjort på fellessamlingene vi har hatt. Gang på gang. (Prosjektleder BVV, mars 2015)

De to akuttjenestene BVV og AAE, har fremdeles veldig ulikt tidsrom der de jobber med en akutt sak. Dersom det er mandag eller tirsdag overfører BVV saken uansett på neste overføringsmøte, som er på onsdag. Flere ansatte ved AAE så utfordringer ved BVVs mye kortere akutfase i arbeidet enn hos AAE, og at det kunne oppleves som at det kun er AAE opprettholder kontinuitet i saken. Det er stadig vekk en utfordring å få til mer samarbeid:

Jeg synes det er litt uheldig (...) at barnevernvakta har et annet tidsrom å jobbe innenfor enn det vi har i akutteamet. Så er det klart, så kan en si at vi er jo de som da bærer, som blir kontinuiteten da. Og, og det er nå i hvert fall en trøst, holdt jeg på å si. Altså vi (AAE), vi blir i sakene. (Ansatt AAE)

Det synes jeg kanskje har vært en liten hemsko i forhold til barnevernsvakta. At de gjør en hinsides god jobb, der og da. Og de er utrolig ekspeditte, og kan det til fingerspissene! Men så mister jeg de litt, hvis du skjønner? Og sånn må jeg forholde meg til barnevernet. Og de er over alle hauger, for de har jo en haug med saker, og er på mange ansvarsgruppemøter. Og da blir det til at man blir litt ensom i den prosessen igjen, som man kanskje hadde tenkt at dette kunne vi gjort litt mer sammen. (Ansatt AAE)

Diskontinuitet mellom BVV og resten av barneverntjenesten er tosidig, og det løser ikke hele problemet at BVV holder saken inntil onsdager. Det kan fremdeles ta tid før ungdomsavdelingen tar saken videre. Ungdomsavdelingen ble, som nevnt, inkludert et stykke ut i prosjektet. Kombinert med tidlig avslutning av sak i BVV har dette gjort at sakenes videre forløp i noen tilfeller har vært utydelig:

Det fungerer veldig bra i forhold til BVV. Der det kanskje blir noen sånne tomrom, det er når saken føres fra BVV og videre til det kommunale barnevernet, som da skal utføre eller undersøke. Der virker det på meg som om vi mister litt kontakten. Hva det kommer av, det vet jeg ikke. Men det er mulig at prosjektet har vært veldig konsentrert rundt oss [AAE] og BVV, og så har vi på en måte glemt litt ... [barneverntjenesten ved ungdomsavdelingen]. For BVV har jo ikke sakene så lenge. De sendes jo videre. Så der tenker jeg, der kunne vi nok gjøre en jobb, å prøve å videreføre samarbeidet noe videre enn bare til vakta. Noen ganger går det greit, andre ganger så går det ikke så greit, synes jeg. Det har vært noen hendelser som ... Men det gjelder når saken flyttes fra vakta og ut, om det er barnehuset eller om det er det øvrige barnevernet, det ... Der har vi nok en jobb å gjøre, tenker jeg. (Ansatt AAE)

Barnevernet på sin side har jobbet internt med de utfordringene som nok har vært der i lang tid, men som prosjektet har påpekt viktigheten av. Leder for ungdomsavdelingen påpeker at Akuttprosjektet i så måte har bidratt til bedre rutiner:

Vi har fått på plass internt her enda bedre rutiner på det å jobbe i akuttsaker, som et resultat av Akuttprosjektet. (...) Men så har vi internt her også vårt eget, som vi jo blir bevisst: hvordan er det smart å gjøre da på tvers mellom barnevernvakten og de andre avdelingene i tjenesten? Og det har vi fått en mye bedre sånn rutine på her internt. Pluss at vi har fått et onsdagsmøte. Og det betyr ... endelig fått en avklaring på at barnevernvakten kan stå lenger i det akutte ... (Leder ungdomsavdelingen)

Videre presiserer både AAE og barnevernet behovet for større fleksibilitet fra barnevernstjenesten om at de må bli flinkere til å overta på en god måte, at de må strekke seg lenger for å komme fortere i gang og være mer tilgjengelige. Organiseringsmodellen i Akuttprosjektet gir rom for å være mer fleksibel og løsningsorientert, men endrede holdninger i de to fagfeltene er også nødvendig for å kunne samarbeide. Det har tvunget seg fram en diskusjon om ansvarsfordeling.

Det er klart at det som har vært det beste med hele prosjektet, synes jeg, det er jo det at fra å sitte å se stygt og skule på hverandre i forhold til å sitte og avgrense hva en kan gjøre og dette har ikke vi ansvar for, det er ikke vårt ansvar, så har jo Akuttprosjektet ført til at vi snakker sammen, og heller ser løsninger. (Ansatt ungdomsavdelingen)

Det er overganger internt i det psykisk helsevernssystemet også selv om det i liten grad ble fokusert på det i intervjuene med de ansatte fra akutteneheten (AAE) og videre i systemet – oftest til poliklinisk behandling (det er kun seks sengeplasser for barn og unge). Det er ventetid på poliklinikk. Det er fare for brudd i forløpet her også, men AAE har mye større fleksibilitet til å holde på saken i lenger tid, og inntil poliklinikken kan overta. Dermed er det slik at barneverntjenesten merker mindre til de overgangene som foregår internt i psykisk helsevern enn vice versa.

3.5.2 Bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevern etter akuttfasen

Mens St. Hansgården i mindre grad er samarbeidspartner i den akutte fasen enn forventet, ettersom akutt «Hjemme hos» ikke er brukt i særlig grad tyder evalueringen på at det generelle samarbeidet mellom institusjonen og de andre enhetene har økt betydelig. St. Hansgården drar nå mer nytte av samarbeid med psykisk helsevern for ungdommer som er plassert der for en tid enn tidligere. Dette har positive ringvirkninger både for saker som kommer inn under Akuttprosjektet og andre saker.

Før var det mye mer ad hoc-prega. Prosjektet har brakt inn at vi har blitt mye mer kjent på tvers av etatene. Og så er det endel som henger igjen ... Vi har fått et mye bedre samarbeid. (...). Det var mer sporadisk før. Man satt mer på hver sin tue. Det å jobbe barnevern og det å jobbe psykisk helse er to forskjellige ting. Nå tar vi psykisk helse inn og samarbeider tett. (Leder St. Hansgården)

Intervjuene med de ansatte ved St. Hansgården bekrefter leders perspektiv og holdning til at det mye tettere samarbeidet mellom St. Hansgården og AAE er den største uttellingen av prosjektet for dem. AAE på sin side er bevisst sin rolle overfor institusjonen, og de ser at det har vært en svært god utvikling der, og at Akuttprosjektet har bidratt til dette:

Tidligere, så kunne det være at ungdommer hadde vært på St. Hansgården i flere uker (...), og Så fikk vi beskjed om at det var behov. Nå får vi det veldig kjapt, veldig greit. Samtidig som St. Hansgården også har vært veldig flinke til å jobbe med sin egen profesjon da, sånn at de klarer å stå i ting, selv om det er komplisert og vanskelig. (...) Akuttprosjektet tror jeg medfører at veldig mange i disse systemene blir tryggere,

altså, de som jobber der. Fordi de vet at, trenger de støtte, så får de det. Om det er fra BVV, om det er fra oss, eller ungdomsteam, eller hva det er for noe. (Ansatt AAE)

Eksemplene peker på effekter av Akuttprosjektet som er grunnleggende viktige; det å oppheve skarpe skiller mellom sektorer og tjenester – å utvide kompetansen, perspektivene og løsningene ved heller å integrere de ulike tjenestene til felles innsats.

3.5.3 Oppsummering – koordinert oppfølging etter akutt fase

Akuttprosjektet skulle sørge for god koordinering også etter akuttfasen. Evalueringen viser at dette målet særlig ble utfordret av diskontinuitet mellom barnevernvakta og barneverntjenesten. Barnevernvakta skal jobbe tett med AAE i den akutte fasen, men har totalt ulike tidsperspektiv i akuttarbeidet. BVV har tradisjon for overføring av sak neste virkedag mens AAE holder en sak i 14 dager, og eventuelt lenger ved behov, før den eventuelt blir overført til andre enheter innen psykisk helsevern. Evalueringen tyder på et godt samarbeid mellom BVV og AAE i selve akuttfasen, men at saker kan stoppe opp i oppfølgingen etterpå. Akuttprosjektet avdekket behov for endring i overføringsrutinene innad i barnevernet. Det overordnede var å få til en god overlevering av saken. Tillempninger ble gjort ved at BVV skulle holde på saken inntil den kommende onsdagen. Ungdomsavdelingen på sin side må strekke seg lenger for å være mer tilgjengelige.

Videre tyder evalueringen på at Akuttprosjektet har bidratt til bedre koordinert oppfølging i etterkant av akutt fase når det gjelder ungdommer som er plassert ved St. Hansgården. Her har prosjektet gitt tettere kontakt mellom barnevernsinstitusjonen og psykisk helsevern, og ikke avgrenset til samarbeidssaker i Akuttprosjektet, men saker generelt der det er behov for oppfølging og veiledning fra psykisk helsevern ved institusjonen.

3.6 Effekter av felles akuttjeneste ut fra et systemperspektiv og ansattperspektiv

Akuttprosjektet har hatt en oppfatning om at en felles akuttjeneste ville bidra til «flere muligheter for å finne nye alternativer og felles løsninger i krise-/akuttsituasjon enn tradisjonell plassering i institusjon eller beredskapshjem» (prosjektdirektiv s.3). Tverretatlig akuttjeneste omfatter 232 samarbeidssaker – mange nok til at det kan ha virket inn på behovet for henholdsvis barnevernsplassering eller henvisninger til psykisk helsevern. Ifølge Bufetats statistikk har det også vært en liten nedgang i antallet plasseringer ved St. Hansgården i løpet av de siste tre årene. Her er det imidlertid små tall det er snakk om, og St. Hansgården var dessuten utilgjengelig for plasseringer over flere måneder i prosjektperioden. Når det gjelder antallet henvisninger til PHBU ved Sørlandet sykehus gjenspeiler ikke statistikken endring i antall henvisninger i perioden fra Akuttprosjektet fikk opp et visst antall samarbeidssaker og til prosjektslutt mai 2016.

3.6.1 Ansattes holdninger til akuttjenestens virkning på plasseringer og henvisninger

Bruken av «Hjemme hos» er et alternativ til plassering i barnevernsinstitusjon. Tiltaket har nok virket til å unngå plassering i barnevernsinstitusjon i noen konkrete samarbeidssaker, men veldig få ettersom bruken av tiltaket har vært svært begrenset. Den generelle oppfatningen blant flere ansatte i akuttjenesten er likevel at tiltaket har bidratt godt:

Særlig samarbeidet med St. Hansgården har jo ført til færre plasseringer. Det at man kan tilby akutt "Hjemme hos" når det koker hjemme hos en familie, det er jo gull verdt. Det er det virkelig. (Ansatt BVV)

Med «Hjemme hos» så har det sikkert vært sånn at en har sluppet innleggelse eller institusjonsplasseringer. Det synes jeg har fungert bra, og det må ha gitt resultater i at det er færre plasseringer på institusjon" (ansatt BVV).

Jeg tror barnevernet har blitt flinkere til å utnytte ressursene sine på «Hjemme hos» (..) enn å akuttplassere. I hvert fall det jeg har en følelse av, og det jeg hører, er at det ikke er så mye. (Ansatt AAE)

Det er imidlertid knyttet rutiner til å gå til det skritt å kontakte Bufetat for dette tiltaket; sjekke nettverket til ungdommen/familien som kan benyttes og sjekke informasjon som gjerne ungdomsavdelingen sitter med når de har vært inne i saken tidligere. Ikke minst er dette viktig ettersom «Hjemme hos» gjerne kan ende opp i en flytting:

Så der har hver enkelt [ved BVV] et sånt mandat til selv å beslutte når de tenker at de har gjort nok i forhold til prosess, nok i forhold til utsjekk. Og så ringer de selv og ber om bistand fra Bufetat. Så i perioder så har det vært et tema. For vi mener at de burde sjekke mye mer, for eksempel i forhold til nettverk, snakk med foreldrene, barnet, og gjort mer enn bare å ringe Bufetat for å be om bistand. For da ender det ofte med en flytting. (Leder for ungdomsavdelingen)

Generelt påpekes det her at det i noen tilfeller kan være snakk om å utsette plassering, og det kan også tenkes at tiltaket kan være en driver for en (seinere) plassering. Det er dog ikke mulig å konkludere ut fra så små tall som det her er snakk om, og over en såpass kort tidsperiode hvorvidt denne type tiltak i seg selv fører til færre plasseringer i institusjon.

3.6.2 Barnevernsinstitusjon alternativ til innleggelse i psykisk helsevern

I tillegg til at St. Hansgården tilbyr «Hjemme hos» har institusjonens involvering i Akuttprosjektet ført til mer kontakt med psykisk helsevern, veiledning overfor ansatte, utvikling av behandlingsplaner og i konkret oppfølging og behandling av ungdommen som er plassert der. Evalueringen tyder på at et tettere samarbeid har åpnet opp for å utnytte hverandres ressurser mer fleksibelt. Noen ganger kan det være behov for en seng i kombinasjon med psykisk helseoppfølging for en ungdom. Ettersom det er få senger tilgjengelig i psykisk helsevern, kan det oppstå situasjoner der tilgjengelig plass ved barnevernsinstitusjon vurderes som et alternativ. De ansatte forteller om tilfeller der St. Hansgården har blitt et alternativ til innleggelse i psykisk helsevern.

Nå opplever jeg vel i større grad at de oppe på sykehuset, de har ikke noen sengeposter, og noen av dem har, men det er så begrenset. Så derfor så må St. Hansgården, som er den akuttinstitusjonen som ligger nærmest oss, de må ta imot flere med mer sammensatt sykdomsbilde. (...) Det er flere eksempler på at St. Hansgården har tatt inn ganske syke ungdommer som har hatt behov for oppfølging fra Abup (psykisk helsevern). (Leder ved barneverntjenesten)

... sånn i forhold til innleggelser hos oss (...) jeg hadde jo for eksempel en sak nå i sommer, hvor vi brukte St. Hansgården i stedet for å legge inn – som ble veldig positivt. Sånn at, vi blir flinkere til å være litt kreative tenker jeg. (Ansatt AAE)

Det vil ikke alltid være tydelig hva som er den beste løsningen i saker som har både omsorgs- og psykisk helseproblematikk i seg; innleggelse i psykisk helsevern eller plassering i barnevernsinstitusjon. Sykdomsbildet hos brukere ved St. Hansgården blir trolig mer sammensatt når terskelen for plassering fra psykisk helsevern blir lavere. Videre gir dette nye utfordringer for de som jobber der. Enkelte uttalte seg i prinsippet litt kritisk til at ungdom med store psykiske helseproblemer blir plassert ved St. Hansgården, selv om opplegget i dette tilfellet ble oppfattet som bra:

Tenk om det hadde skjedd noe der oppe [på St. Hansgården]. Det er ikke leger, det er ikke sykepleiere. Selv om du har noen som hele tiden har ansvar (...) Hvem som hadde ansvaret for det er jeg ikke helt sikker på. Men jeg tenkte ... hvis det hadde vært mitt barn så vet jeg ikke om jeg hadde følt at det var trygt nok. Men det opplegget de klarte å skaffe rundt den ungdommen der da, det mente de var et veldig godt tiltak. Godt funnet på. Men jeg hadde mange spørsmål i forhold til det altså. For det skal ikke være sånn at psykiatrien skal slippe unna presset og innleggelse for at da barnevernsinstitusjonene skal ta det som slett ikke er egentlig kvalifisert eller har bygningsopplegg til, eller bemanning til. Man må være litt forsiktig med hva vi tar ansvar for, og for hva vi gjør. (Ansatt BVV)

Andre er opptatt av det formålstjenlige i fleksibilitet og samarbeid mellom psykisk helse og St. Hansgården, og at det er mindre nøye om «sengen» er i psykisk helsevern eller barnevern, så lenge det innhentes riktig kompetanse.

(...) at noen huser dem og passer på dem, og andre kommer inn med sin kompetanse og fyller på i forhold til å ivareta dem. Det tenker jeg at er fornuftig i stedet for at vi strides om hvilken seng de skal ligge i. (...) Det synes jeg prosjektet her har vært med å vise vei i forhold til at, ja, greit, et sted skal de bo, og har ikke vi den kompetansen, så får vi innhente den kompetansen. (Leder BVV)."

Det er sjelden et fasitsvar på hva som er det beste tjenestetilbudet for den enkelte ungdom. Det er imidlertid hevet over tvil at man kommer nærmere de gode løsningene ved at de to fagfeltene kommuniserer om saken. Akuttprosjektet kan ha medført plasseringer av ungdommer med psykisk helseproblematikk i St. Hansgården, som ellers ikke ville fått noe institusjonstilbud, Samtidig må det tas høyde for at dette alternativt kunne ha utgjort en «feilplassering» i psykisk helsevern, slik følgende ansatte ved AAE er inne på:

Som jeg tenker, det er flere ungdommer der [ved St. Hansgården] som jeg tenker helt klart hadde vært innlagt hos oss i barne- og ungdomspsykiatrien, enn å ha vært plassert der. Ja, og da hadde de sikkert vært feilaktig innlagt hos oss. (Ansatt AAE)

I forlengelsen av denne problemstillingen kan en «biefekt» faktisk også være at tilbudet ved St. Hansgården er så bra at ungdommen blir værende der lenger enn det som var intensjonen.

Tilbudet kan bli i overkant bra, slik at de blir værende her. Abup vil ha henne her i 3-4 måneder ... så det er en utfordring med prosjektet. Dersom vår jobbing blir så bra, og resten ikke henger med ... ift. seks uker som vi blir målt på – om vi klarer å få dem videre i fosterhjem eller langtidsinstitusjon eller hjem. Men hvis Abup tenker at «her er det så bra» ... (Leder St. Hansgården)

3.6.3 Endringer i fagfeltet - deinstusjonalisering

Både innenfor barnevern og psykisk helsevern har utviklingen de senere årene gått i retning av deinstusjonalisering. Det fins mange prosjekter, tiltak og metoder som dreier seg om å unngå plasseringer og innleggelser.

Vi plasserte mye mer før. (...). Utrolig mange plasseringer. Det er jo ikke sånn nå (..) Vi er nok blitt bedre til å samarbeide med ungdom, lytte til ungdom, gå med de litt, bruke nettverk, sjekke ut med ungdommen hva som er trygt for deg ... (Leder ungdomsavdelingen)

Prosessen med å tenke samarbeid og se psykisk helse og omsorg/PHBU og barnevern sammen, begynte egentlig for mange år siden. Mye mer institusjonalisering tidligere. (Ansatt AAE)

Leder for ungdomsavdelingen forteller at de har tatt opp nye perspektiver gjennom eksempelvis «Barnevernproffene», «Mitt Liv-prosjektet» og «Forandringsfabrikken»:

Den tenkningen med naturligjøring, bruk av nettverk etc., den ble bekreftet når Barnevernproffene kom. Men vi hadde jobbet det fram i ungdomsavdelingen før det. For vi hadde hatt den verdien i bønn. Med barnets stemme. Hva skulle vi være opptatt av? Og samarbeid skulle vi være opptatt av. (...) Barnevernproffene er med inn i Forandringsfabrikken. Og de som møter oss i barneverntjenesten og forteller om sine erfaringer. Og gir oss råd. Så de har lært oss mye her, de siste årene. (Øder ungdomsavdelingen).

3.6.4 Akuttjenestens bidrag overfor brukerne, slik ansatte ser det

Gjennom felles akuttjeneste har man etablert en samarbeidsplattform som gjennom en rekke tiltak har bidratt til økt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. Hva er så de viktigste bidrag for brukerne, slik de ansatte vurderer det?

Ved at de to hjelpetjenestene rykker ut sammen, avklares behovet for hjelp *raskere* enn når en av tjenestene drar ut alene. Dette er det som nevnes oftest i intervjuene med de ansatte.

Vi har to hjelpesystemer, og det at vi får med BUP-systemer og får de inn raskt er en kjempefordel for de barna vi jobber med i en del saker. Dette er en kjempefordel – og det viktigste. (Ansatt BVV)

Jeg tenker jo at de [ungdommene] får det rette tilbudet fortere. (Ansatt AAE).

I stedet for å måtte løpe fra den ene til den andre, så har du mulighet til å få øyeblikkelig hjelp fra to instanser samtidig. (Ansatt, BVV)

Det er veldig viktig, for vi har sittet mye på hver vår tue tidligere, ja, så jeg tror nok det kan være mer sånn rett hjelp til rett tid i det samarbeidet vi har, fort. (Ansatt ungdomsavdeling)

Det ligger en åpenbar *effektivitet* i organiseringsmodellen som kommer brukerne til gode, først og fremst ved at hjelpebehovet avklares *raskere*, og tjenester kobles av og på etter den første felles utrykningen. Dermed øker modellen også sannsynligheten for at *rett hjelp gis til riktig tid*. Videre er det også åpenbart at modellen gir økt *tverrfaglighet*, og ansatte legger vekt på at dette gir større *bredde* og flere perspektiver når det gjelder hjelpetiltak. For brukerne kan dette innebære et mer nyansert hjelpetilbud, som følgelig også er mer *kompetent* i forhold til at det er ulike problemstillinger som dukker opp.

Og det må være all-right for brukerne våre og, fordi da opplever de jo å få sett flere, og kanskje å få en bredere type forslag til hjelp. (Ansatt BVV)

Jeg tenker at i akuttsaker som kommer til oss, at vi kan få med oss barnevernsvakten mer inn i dem, så får vi et tillegg som vi ikke hadde før. Det blir et større perspektiv og syn på situasjonen her og nå. Og så kan en drøfte det etterpå, sammen. (Ansatt AAE)

Viktigste er nok at vi tenker andre, og ikke bare oss selv, når vi skal ut å bidra i akutte kriser (...) at vi har fått på plass de som naturlige samarbeidspartnere på en helt annen måte enn før. (Leder ungdomsavdelingen)

Gir større trygghet når en går inn i saker som akutt, som det er psykisk, og vite at en kan fordele oppgaver også, og at en har flere perspektiver, altså det tverrfaglige i det. (Ansatt BVV)

Flere ansatte påpeker at en viktig effekt er lettere tilgang til psykisk helsehjelp. Det ligger implisitt i modellen med felles akuttjeneste at det gir lettere tilgang til psykisk helsebehandling. Vi ser ikke tydelige endringer i henvisningsstatistikken gjennom prosjektperioden, og kanskje kan dette tyde på at kriser som inkluderte problemstillinger innenfor psykisk helse fant løsninger i selve akuttfasen.

3.6.5 Oppsummering – effekter (system- og ansattperspektiv)

Det var en forventning om at felles akuttjeneste skulle bidra til «alternativer og felles løsninger i krise-/akuttsituasjon enn tradisjonell plassering i institusjon eller beredskapshjem». Totalt sett har det vært noe nedgang i antallet plasseringer ved St. Hansgården gjennom perioden, mens antallet henvisninger til psykisk helsevern har vært stabil. Her er det imidlertid snakk om små tall, og en rekke faktorer som virker inn på det totale bildet. Det er

for tidlig å konkludere. I den grad «Hjemme hos» -tiltaket benyttes, bidrar dette enten til å unngå eller i det minste utsette, plassering i barnevernsinstitusjon.

Evalueringen viser eksempler på at St. Hansgården i noen tilfeller utgjort et alternativ til innleggelse i psykisk helsevern. Dette kan man i prinsippet være kritisk til, men det kan også være positivt å ha en slik fleksibilitet i et tett samarbeid mellom psykisk helse og barnevernsinstitusjon, forutsatt at det innhentes riktig kompetanse i sakene.

Når det gjelder vurdering av Akuttprosjektets eventuelle effekt på henvisninger til psykisk helsevern, må det tas hensyn til flere faktorer (som i noen grad drar i motsatt retning). Samtidig som man skal bidra til å holde innleggelsestallene lave, bør man være ekstra oppmerksom på at forskning viser at barn med tiltak i barnevernet generelt både har dårligere psykisk helse og dårligere tilgang til psykisk helsehjelp enn andre barn. Helsepolitisk er man opptatt av å sikre bedre tilgang for denne gruppen, og dette er følgelig noe fagfeltet skal være opptatt av.

Det ligger en åpenbar effektivitet i organiseringsmodellen, noe som kommer brukerne til gode, først og fremst ved at hjelpebehovet avklares raskere, og tjenester kobles av og på etter den første felles utrykningen. Det ligger også i modellen at den gir økt tverrfaglighet, noe de ansatte mener gir større bredde og flere perspektiver når det gjelder hjelpetiltak, og følgelig mer kompetanse i forhold til ulike problemstillinger hos brukerne. Det ligger også implisitt i modellen at det økte samarbeidet i konkrete saker gir lavere terskel til behandling og oppfølging innenfor psykisk helsevern. Holdningen hos ansatte og ledelse er at modellen øker sannsynligheten for at rett hjelp gis til rett tid.

3.7 Ungdommenes erfaringer med akutt fase

I resten av resultatdelen skal vi belyse brukernes erfaringer. Datagrunnlaget er brukerstudien, med intervju av 26 ungdommer og foreldre som alle har vært brukere i Akuttprosjektet. Vi presenterer først brukernes, ungdommene og foreldrenes, erfaringer med akuttsituasjonen og videre deres erfaringer med oppfølging etter den akutte fasen. Videre presenterer vi deres erfaringer med brukermedvirkning. I dette første delkapitlet skal vi belyse ungdommenes erfaringer når det gjelder møte med hjelpetjenestene i selve akuttsituasjonen.

3.7.1 Varierende erfaringer med akutt fase

Ungdommene har ulike erfaringer med akuttsituasjonen. De som har akutthendelsen litt på avstand er gjennomgående mer fornøyd enn de som har akuttsituasjonen i nær fortid. I samtalen med ungdommene forsøkte vi å få beskrivelser som kunne knyttes direkte til Akuttprosjektet, både selve akuttsituasjonen og oppfølgingen etterpå. For de fleste av ungdommene vi snakket med lå imidlertid akuttsituasjonen et stykke tilbake i tid. Dermed var det ikke alle som hadde klare minner om akkurat denne hendelsen, eller de hadde relativt nøkterne beskrivelser av selve akuttsituasjonen. Det foreligger også forskning som

argumenterer for at barn og unge har dårlig minne om stressende situasjoner forbundet med for eksempel omsorgsovertakelse (se for eksempel Baugerud og Melinder, 2012). Følgende sitater fra tre ulike ungdommer er illustrerende for måten flere av ungdommene beskrev akuttsituasjonen på:

Jeg tenkte ikke så mye, jeg bare var der, men det ble slitsomt og jeg ville egentlig helst bare være hjemme. (Ungdom)

Først kom BV og så kontaktet de Abup og så kom Abup hjem til oss og da møtte jeg en hyggelig dame og en mann. Og så snakket vi litt, først meg og så begge to [ungdom og forelder], snakket om det som skjedde og sånn ... og så gikk de. (Ungdom)

For å være ærlig så har jeg ikke peiling på hvem som var på de møtene. Alle ville jo snakke med meg! (Ungdom)

Tema som går igjen knyttet til ungdommenes opplevelser av ivaretagelse i selve akuttsituasjonen er behovet for informasjon, og videre hvordan det oppleves å bli møtt av et team med flere voksne som vil snakke med en. Videre går det fram av materialet at det kan være ulike oppfatninger av hva som oppleves som akutt. I det følgende skal vi redegjøre videre for disse tre temaene. Under intervjuene ble ungdommene også spurt om de kunne komme med gode råd til hjelpeapparatet og om det var noe de tenkte kunne vært gjort annerledes. Avslutningsvis i dette delkapitlet vil vi derfor ta med noen eksempler på hva ungdommene mener kunne vært gjort annerledes i akuttsituasjonen.

3.7.2 Informasjon og informasjonsflyt

Når det gjelder informasjon og informasjonsflyt beskriver de fleste ungdommene en form for usikkerhet rundt den akutte fasen. Flere av ungdommene syntes de fikk for lite informasjon både om selve akuttsituasjonen og hva som skulle skje. I eksemplet under var det bekymring rundt hjemmesituasjonen og ungdommens psykiske helse. Ungdommen hadde tidligere ikke hatt kontakt hverken med AEE eller BVV, men hadde ved noen anledninger hatt kontakt med helsesøster og annen førstelinjetjeneste. Sitatet under illustrerer hvordan ungdommen første gang kom i kontakt med BVV og AAE:

Når jeg hadde vært på [x] så skulle jeg egentlig hjem, men så hadde ikke hun jeg hadde snakket med lyst å sende meg hjem så hun tok meg med på BVV og så var jeg der. Så kom det forskjellige folk fra FUT [Abup] og så kom mamma. En fra FUT kom ned dit og spurte meg litt om hvordan det var. Jeg visste ikke så mye om hva som skulle skje så jeg var liksom bare på et rom og kan ikke huske at det skjedde så mye, men senere så begynte det å skje litt ... at de ville finne ut hva situasjonen var så de spurte meg om forskjellige ting (...) Jeg husker ikke helt hvordan jeg følte meg, men jeg husker at jeg ikke visste helt hva som skulle skje for jeg hadde ikke hatt noen kontakt med barnevernet før så jeg var litt usikker på hva som egentlig skulle skje videre. (Ungdom)

De fleste ungdommene beskriver en form for usikkerhet rundt det første møtet i den akutte fasen, og noen sier de fikk lite informasjon om hva som skulle skje videre. På ett vis er dette

naturlig, det kan være vanskelig å informere om den kommende prosessen da de ansatte heller ikke med sikkerhet kan vite resten av forløpet før de har kartlagt situasjonen knyttet til den akutte fasen. Samtidig illustrerer sitatet over hvordan mange av ungdommene ble informert om hvem de ulike personene de møtte var, og hvilken etat de representerte. Slik det fremstår i våre data var de fleste ungdommene godt informert om hvem de ulike personene var, noe som ble fremstilt som positivt. Flere nevnte videre at de ble møtt av personer som hadde kjennskap til saken deres. Ungdommene kommuniserte positive erfaringer knyttet til at ansatte ved ulike etater var gjensidig informert. Dette er illustrert i følgende sitat:

Jeg tror de har informert hverandre, de visste ... de spurte meg ikke og alle visste om min sak. (Ungdom)

Intervjuer: hva synes du om det?

Det var greit! Det er slitsomt å måtte gjenta hele tiden. (Ungdom)

Sitatet over, fra en av ungdommene, er illustrerende for det flere av ungdommene uttrykte med tanke på informasjonsflyt, og er slik et eksempel på at ungdommene stort sett opplever den tverretatlige akuttjenesten som helhetlig og koordinert.

I noen få tilfeller er det imidlertid eksempler på at ungdommene enten har misforstått eller feilvurdert informasjonen som ble gitt i den akutte fasen. Vi understreker at det ikke er mange eksempler av denne typen i materialet, men det er alvorlig for de det gjelder. Eksemplet under er fra en av ungdommene, som etter en akutt hendelse håpet på å få hjelp til å flytte ut av hjemmet. Ungdommen fortalte at hjemmesituasjonen var svært vanskelig og preget av mye krangling og håndgemeng. Ungdommen hadde en følelse av «å ikke høre til». Da det virket som behovene til denne ungdommen ble tatt på alvor, og det ble uttrykt forståelse for at hjemmesituasjonen ikke var bra for ungdommen, fortalte ungdommen villig om alle problemene hjemme. I intervjuet forteller ungdommen om en god stemning og «følelsen av å kunne si alt», for man skulle jo «likevel ikke tilbake dit [hjemmet]»:

Men det å komme hjem etter å ha vært der, og så neste dag skal de hjemme få høre alt det jeg har sagt. Så kommer jeg hjem til dem igjen, og der er det sånn bitter stemning, for jeg har jo lagt ut om alt og hvor ille det er. (Ungdom)

Da vi spør om [ungdom] ikke ble spurt først om det var greit at de formidlet videre til hjemmet var svaret:

Men jeg sa ja til det! For jeg tenkte ikke helt klart, og jeg tenkte i alle fall ikke at jeg skulle være i samme hus som dem da. (Ungdom)

Sitatet over er et tydelig eksempel på at barn og unge ikke alltid helt forstår konsekvensene av det de samtykker til, og kanskje spesielt i en akutsituasjon. I situasjonen referert ovenfor ga ungdommen sitt samtykke til å formidle videre til hjemmet, men i den tro at [ungdom] ikke skulle hjem igjen, men bli flyttet umiddelbart til et annet sted. Det eksisterer eksempler på data fra ungdom som fikk klar tilbakemelding knyttet til mulig omsorgsovertakelse og fremgangsmåte i den akutte fasen knyttet til blant annet involvering av politi og mulig

anmeldelse av familiemedlemmer. Dette handler mer om selve akuttsituasjonen enn forholdet til den tverretatlige akuttjenesten, men det understrekes at behov for god nok informasjon i all ledd fremkommer som en viktig dimensjon i materialet fra ungdommene.

3.7.3 Møtet med den tverretatlige akuttjenesten

I møtet med den tverretatlige akuttjenesten blir de fleste ungdommene nødt til å forholde seg til flere voksne samtidig. Den tverretatlige akuttjenesten innebærer flere involverte, og en kan spørre seg hvordan ungdommene opplever å bli møtt av et helt team. Ungdommenes erfaringer her er varierende. For noen ble møtet med den tverretatlige akuttjenesten en vanskelig opplevelse fordi det ble mange personer å forholde seg til, noen syntes det var greit og andre igjen beskriver det som en stor fordel.

Sitatet under er fra en ungdom som tidligere har hatt kontakt med barnevernet, men som her referer til sitt første møte med den tverretatlige akuttjenesten knyttet til en bestemt akutt hendelse:

Så ble jeg registrert hos en saksbehandler på Abup, og jeg sa ok, så da hadde jeg flere saksbehandlere, og en fra Abup, og fra St. Hansgården og det ble en 5-6 personer. (Ungdom)

Intervjuer: Hva synes du om at de ble så mange?

Jeg syntes det ble veldig kjipt, jeg klarte ikke snakke [klarte ikke å fortelle om hendelsen] når det er så mange, jeg syntes det var veldig dumt. (Ungdom)

Flere av de unge uttrykker at de synes det er ubehagelig å snakke om seg selv til fremmede personer, det er ubehagelig å måtte fortelle om intime og private sider av livet sitt. Noen av ungdommene sier at uansett hvilken setting man er i, er det ubehagelig å måtte snakke om seg selv.

Jeg kom inn til samtale og det var forskjellige personer. Så da snakket jeg med veldig mange forskjellige ... jeg kan nok ikke huske alle ... det syntes jeg liksom var litt dumt. Jeg måtte fortelle det samme om og om igjen. Jeg måtte fortelle om meg selv og om hendelsen flere ganger og det var litt kjedelig. (Ungdom)

Mens noen av ungdommene syntes det var vanskelig at det var mange personer til stede samtidig, var det også de som så på dette som en fordel. De forteller at de ble informert om at det var flere til stede og at de ulike personene kom fra henholdsvis BVV og AAE. Flere ungdommer fortalte altså at de syntes det var godt å kunne snakke med forskjellige personer. En grunn til det var at man på den måten kunne få «prøvd ut» flere samtalepartnere, og at de slik kunne henvende seg til den de syntes det var best å snakke med. Sitatet under er fra en ungdom som tidligere ikke hadde vært i kontakt med hverken BVV eller AAE. Denne beskrivelsen illustrerer både positive og negative opplevelser ved den akutte fasen og referer videre til innledende samtale ved BVV:

De snakket til meg som om jeg var 4 år ... de snakket med sånn her stemme [hermer – har lys barnslig stemme] «hvordan tenker du ... og var det sånn eller sånn». Herregud, de kunne bare snakket vanlig til meg! Og da tenkte jeg bare, herregud jeg gidder ikke sitte og legge ut om livet mitt til de der. Jeg fikk bare en følelse av at dette blir bare teit. Det var sånne her dumme spørsmål, og så var det sånn at de spurte det samme til meg som til [mindre søsken]. Og da tenkte jeg bare at dette blir for dumt og det er vanskelig å forklare, men det ble litt overfladisk ... og jeg skjønnte ikke helt hvorfor jeg var der. (Ungdom)

Ungdommen forteller videre at det var vanskelig å være i samme rom som de andre familiemedlemmene, [ungdom] fikk derfor komme inn på et annet rom:

Derfor fikk jeg komme inn på et annet rom og der kom det en behandler som var bare så bra. Da følte jeg at jeg ble hørt fordi da fikk jeg veldig mye tilbakemeldinger og behandleren begynte å le noen ganger. Det ble mye lettere for jeg følte at jeg ble ordentlig hørt og behandleren ga meg liksom tilbakemeldinger og ... vi lo litt og behandleren kunne si sånn: "hvis du skal bare tenke på deg selv – hva er godt for deg?" Så det var det som måtte til ... jeg husker at jeg ble litt glad for endelig var det noen som virkelig forsto meg. (Ungdom)

Som vist i sitatet over var opplevelsen av hjelpen i akuttsituasjonen først negativ. Men fordi det var flere ressurser i kraft av Akuttprosjektet, kunne denne ungdommen få snakke i enerom med en behandler, og fikk slik en positiv opplevelse av første møte etter «hendelsen». Det å kunne le litt, selv om man var i en krisesituasjon var noe flere av ungdommene understreket, og videre hvordan en god kommunikasjonsform var viktig for opplevelsen av møtet med den tverretatlige akuttjenesten.

Flere av ungdommene snakket om kommunikasjonsform, noe som også handler om innholdet i samtalene. For eksempel er det noen av ungdommene som nevner at de kan bli trist og at det er slitsomt hvis samtalene kun fokuserer på den akutte hendelsen: «hvis jeg hele tiden må gjenta det som skjedde med meg, da blir jeg bare veldig trist». I den forbindelse ble det også lagt vekt på viktigheten av bare å få snakke litt om hvordan man har det – uavhengig av den akutte «hendelsen». Flere av ungdommene understreket videre at det av og til kunne være forløsende å få le litt:

"Hun på Abup likte jeg veldig godt. Hun fikk meg til å le. For hun har humor og mange voksne har ikke humor. Vi lo sammen ... det var viktig. Noen ganger er det fint å ha litt humor når alt er så vanskelig. (Ungdom)

For mange av ungdommene handlet det som var vanskelig i stor grad om bosituasjon. Noen av ungdommene uttrykte sterk misnøye med den bosituasjonen de var i under akutt fase, og ønsket at ting skulle skje fort, for eksempel at de skulle få et nytt bosted. Dette kommer vi tilbake til i neste avsnitt. Det gikk imidlertid relativt tydelig fram av materialet at forståelsen av hva som kan være akutt var varierende. Når en studerer den akutte fasen ut fra ungdommenes perspektiver går det fram at opplevelsen av hva som er akutt ikke alltid samstemmer med hjelpeapparatets og muligens foreldrenes forståelse.

3.7.4 Ulike forståelser av hva som er akutt?

Som vist i intervjuene med de ansatte har det vært ulike forståelser av akuttfasen og ulike enheter har definert akutt-tiden ulikt (se kap. 3.5.1), og det kan også være interne diskusjoner knyttet til hva som er akutt i den enkelte sak.

Når det gjelder de ungdommene som ikke føler seg ivaretatt i den akutte fasen, handler det i stor grad om at de enten føler de ikke får anerkjennelse for at situasjonen oppleves som akutt, eller at de har en annen akuttforståelse enn foreldre og/eller hjelpeapparatet har. Dette er også et tema i tidligere studier (Haugen et al. 2012). I situasjonen beskrevet under er det en ungdom som etter en akuttsituasjon med blant annet husbråk føler seg lite ivaretatt. Ungdommer mener selv hjemmeforholdene er uholdbare, men bor, etter vurdering av hjelpeapparatet fremdeles hjemme. Når vi spør hva som kunne vært til hjelp er svaret:

De kunne lagt fram alternativer. Jeg vet ikke helt alternativ til hva man skal gjøre. Ingenting har blitt bedre. Ikke en dritt har blitt bedre. Og da tenker jeg det er noen bjeller som ikke ringer. Man må få det i gang og få gjort det! Må få gjort noe konkret og få løst problemet ... i alle fall midlertidig der og da! Jeg tenker - det er jo akutt! (Ungdom)

Intervjuer: og da tenker du på bosted?

Ja, få flytta de personene som ikke har det noe greit i stedet for å bare la de bo der. (Ungdom)

I saken sitert ovenfor har de ansatte vurdert situasjonen slik at det ikke er behov for akutt plassering og at ungdommen kan bo hjemme til man får utredet situasjonen ytterligere. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke er en riktig vurdering rent faglig sett. Det går også fram av materialet at denne ungdommen følges opp, blant annet med samtaler, og at hjelpeapparatet har kontinuerlig kontakt med hjemmet. Samtidig er situasjonen, vurdert fra denne ungdommens ståsted, *akutt*. Når man diskuterer graden av "å mestre å stå i noe" føler ikke ungdommen, sitert ovenfor, at det er greit å fortsette å bo hjemme.

Eksemplet over illustrerer noe av dilemmaer som kan oppstå i denne typen saker. For det første viser det at ungdommene, foreldrene og de ansatte kan ha ulike vurderinger av hva som er akutt og når det er akutt. Samtidig at det er foreldre i samarbeid med ansatte som har definisjonsmakten. Sitatet ovenfor illustrer det som var tema hos flere av ungdommene vi intervjuet. På grunn av at de hadde hatt uheldige opplevelser hjemme ønsket de ikke annet enn å få hjelp til å komme seg bort fra hjemmet.

Tilsvarende er det flere av ungdommene som, ut fra sitt perspektiv, mener de ikke fikk raskt nok hjelp. I sitatet under er bakgrunnen en akuttepisode som inneholdt krangling og vold i hjemmet. Dagen etter tok den involverte ungdommen kontakt med helsesøster som igjen tok kontakt med barnevernet:

... så ringte hun til barnevernet, men de var opptatt, opptatt, opptatt, så hun ringte barnevernvakten, og så da ok kan du si til henne at hun må komme bort ... de kjente

meg igjen så jeg dro dit. Men de bare, de sa at de kunne egentlig ikke hjelpe meg med noe, ringte saksbehandler igjen, og de sa jeg skulle ha møte på mandag. Men jeg orket ikke vente så mange dager, så når de sa de ikke kunne hjelpe meg så tenkte jeg at ok jeg orker ikke bruke tida mi her, så jeg gikk tilbake til helsesøster. Hun var snill og kjøpte mat til meg. Helsesøster er konge [forteller at helsesøster tok noen telefoner] Vet ikke hva de snakket om, men plutselig får jeg melding om at jeg måtte møte på barnevernvakten den kvelden, og jeg gikk dit, jeg vet ikke, det var veldig kjipt. (Ungdom)

Selv om ungdommen sitert over fikk rask hjelp med påfølgende tiltak, forteller [ungdom] videre i intervjuet at ønsket var å kunne bli flyttet ut av hjemmet samme dag:

For å være ærlig, så ville jeg jo bare ha en familie som elsket meg. (Ungdom)

Eksemplet over illustrer en dimensjon som gikk igjen i flere av intervjuene med ungdommene. Når akuttsituasjonen oppstår vil de gjerne ha handling med en gang. Helst på timen. Noen følte, som illustrert i sitatet ovenfor, at de ikke ble tatt på alvor der og da, men at saken deres ble utsatt. Andre følte at de ikke var syke nok, eller hadde store nok problemer. Noen forteller at de følte seg utsatt for en form for vurdering:

Når jeg kom inn så følte jeg at jeg måtte bli «godtatt» de skulle se på situasjonen, men så fikk jeg komme inn til samtaler da.

En annen ungdom uttrykte det slik:

Jeg var ikke syk nok til å legges inn på sykehuset, derfor ble det St.Hansgården.

Eksemplet over viser at det, avhengig av hvem sitt perspektiv som legges til grunn, eksisterer ulike forståelser av hva som er akutt. Her må man også ta i betraktning hva og hvilke tiltak som faktisk er praktisk mulig for den tverrettlige akuttjenesten å iverksette på meget kort tid. Ungdommene beskriver situasjonen som negativ fordi de ikke får hjelp umiddelbart, eller fordi deres situasjon både når det gjelder eget velbefinnende og den familiære konteksten må vurderes før tiltak kan igangsettes.

Flere av ungdommene uttrykte at de følte foreldrene ble mer ivaretatt enn dem selv i selve akuttsituasjonen; *Jeg føler de tar mer hensyn til foreldrene mine enn til meg.* Det var gjennomgående i intervjuene med ungdommene, og særlig i saker der det ble vurdert å flytte ungdommen ut av hjemmet syntes de at ting gikk for tregt i selve akuttfasen. Mange ønsker å få nytt bosted, enten det handler om å flytte ut av hjemmet til fosterforeldre eller en institusjon, noe som ikke alltid er praktisk mulig å få til på kort tid. Noen av ungdommene hadde imidlertid erfaring med opphold både på St. Hansgården og på andre institusjoner. Ungdommene hadde også varierende erfaringer når det gjelder deres første møte med St. Hansgården.

3.7.5 Møte med St.Hansgården

Sju av brukerne vi intervjuet hadde erfaring med St. Hansgården som tiltak, enten ved at de selv hadde vært plassert der, eller at de var foreldre til ungdom som hadde vært plassert der. Tilbakemeldingene fra de ungdommene som hadde erfaringer med St. Hansgården som tiltak var i stor grad positive. Dette gjaldt særlig de ungdommene som tidligere hadde vært på St. Hansgården, og som på intervju-tidspunktet hadde fått oppholdet litt på avstand. Ungdommene som ble intervjuet tett på den akutte fasen var generelt mer skeptiske til opplegget de ble eksponert for, enten de fikk hjelp fra BVV eller AAE, og også når det gjaldt oppholdet på St. Hansgården.

Ungdommene som var negative til det første møtet med St. Hansgården refererte til et sted med lite frihet, stor kontroll og sterk begrensning av privatlivet.

Det var ikke noe privatliv. Jeg fikk ikke kutte mitt eget brød, i døra var det så stor glippe at de kunne høre alt du sa, jeg måtte gå ut og kjøpe røyk for å få lov til å snakke i telefonen. Jeg var jo her frivillig, men hvis jeg ville overnatte hos noen eller sove hos noen så fikk jeg ikke lov. Jeg måtte komme hit igjen. (Ungdom)

Mens ungdommene som var negative til møtet med St. Hansgården i stor grad la vekt på strukturelle faktorer som begrensning av frihet, kontroll og lite privatliv, var de positive beskrivelsene preget av fokus på relasjonelle forhold og en opplevelse av å bli tatt imot på en individuelt tilpasset måte:

De tar imot folk på en god måte. Det er ikke sånn ... «hei jeg er hovedkontakten din, gi meg en klem a». De gir deg muligheten til å ta kontakt når du er klar liksom ... det er sånn at jeg vet ikke hva de bruker ... om de bruker magi eller ... men for meg var det sånn at de hilser, men så gjorde de sånn at jeg hadde lyst til å ta kontakt med de, og det ... hæ! Det har ikke skjedd med meg før altså! Det føler jeg er å bli å bli tatt imot på en god måte. At de gjør det sånn at du føler deg velkommen og at dem ikke er så innpåslitne, men lar meg få tid slik at jeg har lyst til å ta kontakt med dem! Og det er ... det å gi ro ... gi fred ... de gir deg pusterom ... de gir deg space. Og hvis du vil snakke så kan du snakke ... og er det kjipe ting som du vil få ut så kan du få det ut ... og jeg har sittet flere ganger og grått og grått og snakket fordi jeg trenger å få det ut ... og det er det at de skjønner at vi som kommer hit er ikke helt A4, men at du likevel føler deg velkommen ... og ivaretatt når folk bryr seg og vil høre på det du forteller. Og det er ikke bare jeg som snakker ... de snakker de og ... og det er digg at de gir space. Vil du snakke så kan du snakke og de er veldig imøtekommende. Jeg følte at det var skummelt i starten og da lot de meg bare være i fred ... og etter hvert så tok jeg kontakt med dem og det var godt å føle at de ikke var på deg hele tida ... det gjorde jo at jeg fikk mye bedre forhold når jeg selv kunne velge hvem jeg ville ta kontakt med og når. Og jeg har også venner som har bodd her, men ikke samtidig med meg, men de har mye de samme opplevelsene ... så da er det jo noe i det! (Ungdom)

Som illustrert over så var ungdommene som var positive til møtet med St. Hansgården opptatt av det å få ro og rom, og til en viss grad kunne bestemme selv når og hva de ville snakke om. Dette kan ses i sammenheng med brukermedvirkning, et punkt vi kommer tilbake til senere i

dette kapitlet. I neste avsnitt referer vi hva ungdommene mente kunne vært gjort annerledes i akuttsituasjonen.

3.7.6 Hva kunne vært gjort annerledes?

Som nevnt over var det særlig behov for rask hjelp, og behov for nytt bosted flere av ungdommene nevnte som problematisk i akuttsituasjonen. Implisitt i dette ligger også behov for rask avklaring på situasjonen og handling. Dette var et tema som gikk igjen i intervjuene da vi spurte ungdommene hva de mente kunne vært gjort annerledes i akuttsituasjonen. Følgende sitat er fra en av ungdommene som ønsket å bli flyttet ut av hjemmet, men som ikke fikk avklaring omgående. I intervjuet kommer det imidlertid fram at denne ungdommen senere ble flyttet ut av hjemmet. Da vi spør hva som skulle skjedd for at denne ungdommen skulle kommet ut av møtet relatert til selve akuttsituasjonen og tenkt at nå har jeg fått god hjelp, svarer ungdommen:

Hvis de hadde sagt at «ja, vi skal hjelpe deg! Vi skjønner at dette ikke er lett», men de sa ikke det. De sa «vi vet ikke hva sjefen vår sier.» Så jeg ble veldig forvirret: skal jeg tenke på ja eller skal jeg tenke på nei? De kunne sagt at vi skal finne en løsning, ikke vær redd og sånn, men de sa bare «vi må snakke med sjefen ... vi vet ikke hva sjefen sier.» (Ungdom)

Som vist tidligere var også flere av ungdommene opptatt av at det var godt å få snakke litt om hvordan de har det, og ikke bare hva som hadde skjedd. Videre at det var forløsende «å kunne le litt». Det å få en god kjemi med den man møter i en akuttsituasjon, samt oppleve at kommunikasjonsformen er positiv, er altså noe som går igjen i fortellingen til de unge som har erfaringer med akutte situasjoner og påfølgende kontakt med AAE, BVV og St. Hansgården.

Et tredje tema som var tydelig i intervjuene med ungdommene, var betydning av fokus på hele familien. Flere av ungdommene snakket om at hjemmesituasjonen var trasig og at det ikke bare var de selv som trengte hjelp, men også foreldrene. Måten en av ungdommene uttrykte det på er illustrerende i så måte: *Det er ikke bare jeg som trenger hjelp, det er hele familien!* Sett i lys av et økende fokus på tiltak rettet mot foreldre og samhandling mellom foreldre og barn i barnevernet (se for eksempel Christiansen 2015) og er dette en viktig påminnelse. Også blant foreldrene var dette et tema, noe vi kommer tilbake til i neste avsnitt om foreldrenes erfaringer med akuttsituasjonen.

3.7.7 Oppsummering – ungdommenes erfaringer med akutt fase

Ungdommene har ulike erfaringer med den akutte fasen. Noen synes det er vanskelig å huske klart fra selve akuttsituasjonen, men de som har akutthendelsen litt på avstand virker gjennomgående mer fornøyd enn de som har akuttsituasjonen mer i nær fortid.

De fleste beskriver en form for usikkerhet knyttet til det første møtet i den akutte fasen og det er variasjoner knyttet til i hvor stor grad ungdommene synes de fikk god nok informasjon

eller ikke. De fleste ønsket mer informasjon og mer forutsigbarhet, noe som kanskje ikke alltid er like enkelt å oppfylle i selve akuttsituasjonen da flere forhold må kartlegges før man tar stilling til den videre prosessen. Det ble sett på som positivt å bli møtt av et team som var informert om saken slik at man slapp å gjenta historien sin unødige. I noen få tilfeller er det eksempler på at informasjon har blitt misforstått eller feiltolket, noe som har ført til uheldige situasjoner for ungdommene. For de som syntes det ble vanskelig handlet det om at det var mange personer å forholde seg til, særlig knyttet til at man måtte gjenta hva som hadde skjedd. Andre syntes det var en fordel at det var mange personer til stede, særlig i situasjoner der ungdommene hadde mulighet til å snakke med flere ansatte, og det ble utvist det som gjerne betegnes som profesjonell fleksibilitet (Aamodt, 2011) knyttet til hvem den enkelte ungdom kommuniserte mest med.

Betydning av kommunikasjonsform var et tema som gikk igjen i fortellingene om akuttsituasjonen, og flere av ungdommene vektla viktigheten av litt humor i tillegg til det å bare snakke om «hendelsen» eller det triste som har skjedd.

Ungdommer som rapporterte misnøye med hjelpen de fikk i selve akuttsituasjonen handlet i stor grad om at de ikke umiddelbart fikk ett nytt bosted. Her går det også frem at ungdommen og hjelpeapparatet kan ha ulike forståelser av hvor akutt en sak er på et bestemt tidspunkt. Mens flere av ungdommene vil flyttes ut av hjemmet omgående, vil hjelpeapparatet først utrede situasjonen i de saker det er forsvarlig. Ungdommene har videre varierende erfaringer med sitt første møte med St. Hansgården. Her er negative erfaringer gjerne knyttet til strukturelle forhold som kontroll og begrensning av frihet, mens de positive tilbakemeldingene i stor grad handler om relasjonelle forhold samt en følelse av å bli godt mottatt.

Da vi spurte ungdommene hva de mente kunne vært gjort annerledes i akuttsituasjonen, var temaene som gikk igjen særlig behov for rask hjelp og behov for nytt bosted. Implisitt i dette ligger også behov for rask avklaring på situasjonen og deretter rask handling. I følge akuttprosjektets direktiv skal tjenesten intervensere i akuttsaker med utgangspunkt i ulike teoretiske perspektiver blant annet «familie og systemteoretisk forståelse». Fokuset på familien som helhet er et tema som flere av brukerne tok opp. Flere av ungdommene fokuserte på viktigheten av å hjelpe hele familien og ikke bare det enkelte familiemedlem.

3.8 Foreldres erfaringer med akutt fase

Det overordnede inntrykket er at foreldrene er jevnt over fornøyde med den hjelpen de har fått i den akutte fasen, både måten de selv har blitt møtt på, og ikke minst måten ungdommen deres har blitt møtt og behandlet på. Innledningsvis ser vi på foreldrenes opplevelse av informasjon i akuttfasen, videre hvordan de føler seg mottatt i det første møtet med den tverretatlige akuttjenesten, samt hva de tenker kunne vært gjort annerledes.

3.8.1 Informasjon og informasjonsflyt

Mens flere av ungdommene ikke syntes de fikk nok informasjon under selve akutthendelsen var inntrykket fra foreldrene motsatt. Her var det stort sett positive tilbakemeldinger som illustrert i de to eksemplene under.

Vi fikk en tlf. før møtet hvor vi fikk info om hva som ville skje og det gjorde at det vi kom til var forutsigbart. Vi fikk beskjed om at BVV skulle være der, og mange ville nok lurt på hvorfor det, men vi sa at her trenger vi alle gode krefter så hjertelig velkommen. Så det var veldig som vi forventet. (Forelder)

*Briefingen på tlf. på forhånd var viktig for jeg tror nok jeg ville reagert hvis jeg **ikke** hadde fått beskjed på forhånd og barnevernet hadde sittet der og jeg skulle hilse på de som satt der og de hadde sagt: Hei, det er fra barnevernet. Da kunne jeg nok fort ha skapt den tanken i hodet at «hvorfor er dere her?» Eller spurt ... og der i den situasjonen [når en er der med ungdom] kunne det skapt en uheldig situasjon der og da. (Forelder)*

Slik det går frem av begge disse sitatene er det viktig at man kommer til noe som har en viss form for forutsigbarhet. Mens flere av ungdommene forteller at de ikke visste hva som skulle skje, eller hva de gikk til, beskrives situasjonen i eksemplene over som mer forutsigbare. Det går også tydelig fram av intervjuene med foreldrene at de i svært stor grad føler seg ivaretatt i akuttsituasjonen.

3.8.2 Møtet med den tverretatlige akuttjenesten

For de fleste av foreldrene vi snakket med inneholdt det første møtet med den tverretatlige akuttjenesten en opplevelse av å få hjelp og å bli ivaretatt. Sitatet under fra en av foreldrene er illustrerende i så måte og beskriver møtet med akutt-teamet umiddelbart etter en akutt hendelse i hjemmet:

Så mye hadde skjedd den natten. Situasjonen var kaotisk mildt sagt. Og når du da kommer inn til profesjonelle folk, jeg fikk umiddelbart en følelse av at dette var profesjonelle folk ... da roer det seg. De beslutningene du skal ta der og da, hva gjør vi de neste dagene, skoletid, leggetid, mat osv. Det å få konkrete råd til alt dette, den hjelpa der, den var helt uvurderlig! Og jeg tror det var avgjørende for [ungdom] at vi fikk råd om hvordan vi skulle være de neste timene og dagene. Det var kjempeviktig. Vi var der en time, og det som kom ut av den timen var ekstremt viktig! (Forelder)

I situasjonen beskrevet over er det flere faktorer som nevnes og som gikk igjen i flere av intervjuene med foreldrene. For det første vises det til en følelse av kaos som mange referer til i akuttfasen. For det andre understrekes tryggheten i det å møte et kompetent og profesjonelt team. Flere la vekt på at det følte trygt i møtet med den tverretatlige akuttjenesten. For det tredje refereres det til verdien av å få konkrete råd om hvordan man skal takle den akutte fasen. Disse tre faktorene var understreket i foreldrenes fortellinger. I tillegg var det flere av foreldrene som la vekt på at ungdommen deres ble møtt på en god måte i selve akuttsituasjonen:

Vi ble absolutt møtt på en god måte. Det var stille og rolig og så kom de fra FUT [Abup] og det var helt ok, helt avslappet og ... jeg merket med en gang at de møter ungdommen på en god måte ... på en måte som gjør at de ikke føler at de har gjort noe galt. (Forelder)

Det er videre interessant hvordan foreldre beskriver møtet som positivt uavhengig av forløpet før akuttsituasjonen. De to følgende sitatene er fra to foreldre som beskriver hvordan de opplevde hjelpen de fikk i to helt ulike akuttsituasjoner. Det første sitatet viser til ett case der hverken foreldre eller ungdom tidligere hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet, før de etter «akuttsituasjonen» ender på BVV:

For jeg følte meg veldig kasta inn i en veldig ekkel situasjon. Det å komme fra en situasjon der alt egentlig er greit ... så kommer du i en situasjon hvor noe blir lagt på bordet som ikke er greit i det hele tatt! Det er veldig vanskelig og veldig kjedelig! Så for meg betyr det mye at de hadde kontroll på situasjonen, at de hadde oversikt, at de ikke bare satt der med blanke ark! Det å bli så godt tatt i mot, det er egentlig alfa omega! (Forelder)

I sitatet beskrevet over var akuttsituasjonen slik at også politiet var innblandet. Møtet med politi ble ikke beskrevet som like positivt, og flere av foreldrene var opptatt at av det burde være bedre kommunikasjon mellom BVV og andre etater, særlig med politiet.

Det neste sitatet er fra en forelder som opplever en helt annen type akutt situasjon. I dette tilfellet har det lenge vært bekymring rundt en ungdom, og de har hatt kontakt med hjelpeapparatet tidligere, men situasjonen har ikke vært definert som akutt før. I forbindelse med en «akutt hendelse» kommer familien i kontakt med BVV:

Og bare det at når vi kommer der så tenker jeg at: Å herregud de har jo gjort det forarbeidet! For de hadde full oversikt! De hadde full oversikt over søsken, hvor gamle de var, ja så jeg tenker at her har de virkelig gjort jobben sin. Og det var veldig deilig! Mange hadde sikkert syntes det var ubehagelig, for de kunne tenke: Å herregud, her er vi overvåket, men jeg tenkte: Å herregud, her er vi ivaretatt! Det gjorde meg trygg på at vi ble tatt på alvor så jeg syntes det var veldig OK. (Forelder)

Hjelp i kaoset, profesjonalitet og ivaretagelse er faktorer som går igjen i fortellingene fra foreldrene. Følelsen av å være «i trygge hender» blir understreket av flere av foreldrene vi snakket med. Et annet tema som gikk igjen i intervjuene med foreldrene var i tråd med prosjektdirektivet og betydningen av å få «rett hjelp til rett tid». Flere av foreldrene understreket også at de følte de møtte en koordinert tjeneste, som illustrert i følgende sitat fra en av foreldrene som forteller om møtet med den tverretatlige akuttjenesten:

Da vi gikk derifra så følte vi absolutt at vi hadde fått den hjelpen vi trengte der og da. Vi skjønnte jo at vi hadde en jobb å gjøre etterpå, men det var et nødvendig tiltak at var der oppe og tiltaket hadde åpenbart en positiv effekt. Jeg er overrasket selv over hvor godt jeg syntes alt fungerte. Og i det store bildet tror jeg det handler mye om at de ulike instansene snakker sammen, at vi hadde med både skole og helsesøster, og at barnevernvakten var der. Barnevernet gjorde ikke annet enn å observere, men så

*koblet de seg fort av. De har jo en viktig rolle! Og det at de er til stede, selv om det ikke var nødvendig i vårt tilfelle, så tenk om det hadde vært nødvendig! Så skulle psykologen ha gått tilbake og så ringt barnevernvakten, du nå har jeg en ungdom her og bla bla bla Det hadde ikke vært bra, jeg tror det er kjempeviktig at de er der.
(Forelder)*

Videre er det eksempler på hvordan det å ha et samarbeid mellom BVV og AAE gjør at fordi det er flere fagpersoner til stede er det større sjanse for at foreldrene føler seg ivaretatt. Sitatet under er fra en mor som forteller om en akuttsituasjon der hun var på BVV sammen med ungdommen sin. I denne akuttsituasjonen, som i de fleste slike saker, har mor og ungdommen svært ulik beskrivelse av hva som faktisk har skjedd. Det blir videre avklart at dette ikke er en barnevernssak, men mor forteller at hun likevel – under samtalen med BVV - føler seg misforstått og forhåndsdømt. Hun føler seg mistenkeliggjort og at hun som forelder har feilet. Etter en tid kommer en person fra Abup ned til BVV og blir med på samtalen med mor og ungdom. Denne personen har et annet faglig utgangspunkt og dermed et annet perspektiv på hendelsen. Mens ungdommen i følge mor fikk støtte gjennom samtalen med BVV forteller mor at støtten hun fikk fra Abup gjorde henne tryggere i forelderrollen

*I forhold til Abup så har jeg bare en kjempepositiv opplevelse – som foreldre så er det kjempeviktig at du føler at du blir hørt og får bekreftelse. Det føltes som 10 kilo ble løftet av skuldrene mine når jeg fikk snakket med de på Abup. De bekreftet at jeg hadde gjort riktig og jeg tror innerst inne at det var godt for [ungdom] også. Jeg tror [ungdom] følte seg ivaretatt og jeg tror egentlig [ungdom] ønsket å få hjelp.
(Forelder)*

Som vist tidligere var det flere av ungdommene som kunne oppleve at det de selv definerte som akutt, ikke var «akutt nok» og at de slik ikke kunne få den hjelpen de ønsket seg, som regel omsorgsovertakelse. Dette var også et tema i enkelte av foreldreintervjuene. Noen av foreldrene formidlet at de kunne ha bekymringer for ungdommenes psykiske helse, men følte at problematikken ikke var alvorlig nok til at de fikk hjelp. Sitatet under er fra en forelder som mener de måtte vente til situasjonen ble akutt [psykisk helse] før ungdommen fikk hjelp. Dette til tross for at forelder hadde bedt om hjelp i lang tid. I tillegg hadde denne forelder innvandrerbakgrunn og var derfor ikke godt kjent med det norske skolesystemet:

*Jeg har ikke vokst opp her så det er vanskelig for meg å hjelpe [ungdom] med skolen. Vi har ikke familie her, så ingen kunne hjelpe [ungdom] med skolen, og de kunne satt inn en miljøterapeut da, slik at [ungdom] hadde fått hjelp. Jeg sa at [ungdom] slet, men nei det var ikke nok grunnlag til at [ungdom] kunne få miljøterapeut. Så det måtte gå alt for langt før vi endelig fikk hjelp. Og det gjelder både Abup og barnevern.
(Forelder)*

Etter en akutt hendelse kom familien i kontakt med den tverretatlige akuttjenesten og fikk da hjelp. I en periode var alle tre etater inne i bildet. Selv om både ungdom og forelder er rimelig fornøyd med hjelpen de fikk til slutt, påpeker begge at det hadde vært bedre om de hadde fått hjelp på et tidligere stadium. Familien hadde også erfaringer med St. Hansgården.

AAE og barnevernet samarbeider med St. Hansgården når det oppstår behov for plassering eller akutt bistand i hjemmet. I materialet var det foreldre som hadde erfaringer med St. Hansgården i forbindelse med en akuttsituasjon. Også her refereres det til positive erfaringer og opplevelse av en helhetlig og koordinert tjeneste.

Erfaringer med St. Hansgården

De foreldrene vi snakket med hadde gode erfaringer med bruk av St. Hansgården. I sitatet under forteller en av foreldrene hvordan de opplevde situasjonen den dagen det oppsto en akutt situasjon og ungdommen deres ble overført til St. Hansgården:

Jeg føler at den dagen BV kom og hentet [ungdom] så var det en telefon og så var det gjort! Så det var ikke noe med at BVV ikke kunne komme med en akutt plassering på St. Hansgården eller noe. Det var veldig positivt. Det var ikke noe diskusjon eller noe. På meg så virket det i alle fall som at de var veldig samkjørte på det! Har de ikke vært samkjørte så har det vel vært mye mer om og men for å få [ungdom] lagt inn tenker jeg. (Forelder)

Intervjuer: Kan vi oppsummere med at du opplever det som en helhetlig tjeneste?

Ja, absolutt! I alle fall den relasjonen som vi har fått til barnevernet og Bup og St. Hansgården. Så vi er veldig godt fornøyde det er vi. Og vi har fått veldig god oppfølging fra alle ... det har vi! (Forelder)

Selv om sitatet over bare er fra en av foreldrene er inntrykket at de foreldrene vi snakket med hadde positive erfaringer med St. Hansgården, og at samarbeidet med St. Hansgården ser ut til å fungere på en måte som gjør at brukerne opplever at de møter en helhetlig og koordinert tjeneste.

3.8.3 Hva kunne vært gjort annerledes?

Det overordnede inntrykket er at foreldrene er jevnt over fornøyd med den hjelpen de har fått i den akutte fasen, både måten de selv har blitt møtt på, og ikke minst måten ungdommen deres har blitt behandlet på. Samtidig er det også her forhold foreldrene mener kan bli bedre. Et tema som var gjennomgående var ønske om et mer helhetlig familiefokus.

Mer fokus på familiekonteksten

Sitatene under er fra foreldre i to forskjellige saker som begge peker på det de mener kunne vært et mer uttalt familieperspektiv i selve akuttsituasjonen. I begge tilfellene handlet det om bekymring for ungdommens psykiske helse, og i begge tilfellene var det foreldrene selv som tok kontakt med hjelpeapparatet. Et interessant apropos her er at selv om disse to sitatene i stor grad formidler samme budskap, er de hentet fra to intervju, som når en ser alle intervjuene i sammenheng, befinner seg på hver sin ende av skalaen. Mens det første sitatet er hentet fra et foreldreintervju hvor det kommuniseres stor misnøye med hjelpen man har mottatt, er det andre sitatet hentet fra en forelder som var meget fornøyd. Begge

kommuniserte et ønske om en mer inngående kartlegging av familiekonteksten i den første akutt samtalen.

*Pilaren er uansett «AS Hjemmet», og det burde være en liten kartlegging som kartlegger familier og hvordan familiesituasjonen er. Og det er skummelt, det blir som å blåse på en stor verkebyll, men det bør gjøres. Om de ikke kan hjelpe hele familien, så er det viktig å **forstå** familien, og slik bruke kanskje en sesjon til bare å sette seg inn i, å få kartlagt familien. For mange foreldre vil pynte på virkeligheten. Og særlig hvis foreldre selv ber om hjelp. Jeg fikk jo til svar at nei, nå er det ungdommen din det gjelder. (Forelder)*

For noen foreldre kan det handle om at de ønsker råd og veiledning knyttet til hvordan de skal følge opp ungdommen, men det kan også handle om et ønske om kartlegging av hjemmesituasjon og/eller familiesituasjon fordi man vet eller mener at deler av familien ikke fungerer konstruktivt. Det kan også være at en av foreldrene har mistanke om enten omsorgssvikt eller «oppførselen» til den andre forelderen, noe man mener er viktig informasjon for hvordan akutt situasjonen blir behandlet der og da. Dette er uttrykt i følgende sitat. Her er konteksten at både mor og far er tilstede sammen med ungdommen:

Det har jeg tenkt på hvis det er praktisk mulig, for det sitter en psykolog der som skal foreta en vurdering. Og i den situasjonen ville det vært vanskelig å si noe som ungdom ikke skulle hørt ... det er ikke alltid det er praktisk mulig...og nå fikk jo vi alenetid [foreldre sammen uten ungdom], men det har jeg tenkt på at ... i umiddelbar tilknytning til den akutte situasjonen, om det burde være individuelle samtaler allerede der og da ((...)) For det kan være for eksempel at en av foreldrene har mistanke om at den andre begår overgrep, og den informasjonen hadde vært vanskelig å kunne komme med i den situasjonen vi var i ((...)) så det er det eneste jeg har noe å si på ... at det burde vært mulighet for individuelle samtaler...for både mor og far uten ungdommen og uten hverandre. Det kan være viktige opplysninger som ikke kommer fram i fellesrommet som burde komme frem. (Forelder)

En tredje dimensjon som kan knyttes til familiekonteksten handler om formelle regler knyttet til overgangen fra barn til voksen. Akuttprosjektet skal behandle barn og opererer slik med en øvre aldersgrense på 17 år. Flere av informantene var opptatt av at aldersgrenser i en akuttsak blir kunstig, som illustrert i følgende sitat:

Det irriterer meg at man ikke kan ha enten alle eller ingen! Vi er fire i en familie, men den eldste er 18 og da fikk jeg beskjed om at jeg ikke kunne få hjelp til [ungdom]. Det som skjedde på fredag, lørdag og søndag var helt greit, men så lenge vi er en familie burde vi bli behandlet som det. [Ungdom] er 18 år og er en del av familien. Når jeg ber om hjelp til barna så hadde jeg ønsket at jeg hadde fått hjelp til [ungdom] med en gang. [Ungdom] fikk gå og legge seg i et skall og det var ikke bra. (Forelder)

Et siste tema foreldrene mener kunne vært gjort annerledes handler om tett oppfølging i den akutte fasen. En av foreldrene sier det slik når vi spør om hva som kunne vært gjort annerledes:

Da må jeg langt ned i sekken altså, men jeg ringte jo opp dit halv ti morgenen etterpå [etter akutt hendelse hvor man hadde hatt kontakt på natta]. For situasjonen var jo akutt!(...)Min forventning var at jeg ville få en tidlig telefon. Jeg visste jo at de var der fra kl. 08:00 om morgenen. Så når jeg ringte dem kl. halv ti, så trodde jeg det var en «missing link» et sted. De bekrefter at de har fått henvisning og sier at du hører fra oss. Poenget mitt er at folk har en forventning om at når klokka er halv ni- ni så hadde vi fått en tlf. med: Hei vi er fra akutt teamet, vi har fått en henvisning sånn og sånn, men dere er registrert og vil høre fra oss ganske snart. Altså alt handler om informasjon. Poenget er at du kan ikke få nok informasjon. (Forelder)

St. Hansgården

Foreldrene vi snakket med om det akutte tilbudet var fornøyde når det gjelder St. Hansgården. Da vi spurte om hva som kunne vært gjort annerledes handlet ikke svaret om tilbudet ved St. Hansgården, snarere om at dette er et tilbud man burde blitt gjort kjent med i en tidligere fase av forløpet. Sitatet under er hva en av foreldrene svarer da vi spør hva som kunne vært gjort annerledes:

Det må jo være at de hadde fått vite om dette tidligere. At Buf-etat hadde vært mer på banen. Jeg tror ikke barnevernet kunne visst om dette eller at de har holdt det skjult ... siden det gikk så lang tid før vi fikk vite om det. Og de spurte hele tiden oss vet dere hva vi kan gjøre? Så det er akkurat som om de ikke vet om at dette tilbudet finnes. (Forelder til ungdom med opphold på St. Hansgården)

3.8.4 Oppsummering – foreldres erfaringer med akutt fase

Det er gjennomgående i materialet fra foreldrene at de føler seg godt ivaretatt. I motsetning til mange av ungdommene, syntes foreldrene at de fikk nok og god informasjon under den akutte fasen.

Foreldrene beskriver at de fikk hjelp i kaoset, og termer som profesjonalitet og ivaretagelse går igjen i fortellingene fra foreldrene. Følelsen av å være «i trygge hender» blir understreket av flere av foreldrene vi snakket med. Videre følte de at de møtte en koordinert tjeneste med god informasjon, og med gode og konkrete råd om selve akuttsituasjonen der og da. De mente også at de fikk konkret informasjon om hva de skulle foreta seg de påfølgende dagene, knyttet både til hypotetiske situasjoner (hva gjør vi hvis det skjer?) samt oppfølging og ivaretagelse av ungdommen. Flere nevnte viktigheten av å få et telefonnummer de kunne ringe ved behov.

Foreldrene som hadde erfaringer med bruk av St. Hansgården var i stor grad fornøyd. De forteller om et samkjørt tjenestetilbud og om god hjelp og forståelse knyttet til både ungdommens situasjon og deres egen situasjon i møtet med St. Hansgården.

Når det gjelder hva foreldrene mente kunne vært gjort annerledes, var det særlig tre tema som kom til uttrykk. For det første var det foreldre som opplevde at problemene ungdommene deres strevde med ikke var akutt nok, eller ikke ble tatt ordentlig på alvor. De syntes det gikk for lang tid før de fikk hjelp, eller at situasjonen måtte bli verre enn den var første gang de tok kontakt. For det andre var det flere foreldre som fokuserte på behovet for et bredere blikk på

selve familiekonteksten, og dysfunksjonelle trekk ved familien og/eller enkelte familiemedlemmer. For det tredje var det foreldre som vektla at de opplevde rigiditet knyttet til barnas alder. Hvis noen i en søskenflokk er fylt 18 år er de per definisjon ikke lenger barn, og kan derfor ikke motta tilbud fra tverretattlig akuttjeneste.

Samlet kan en si at inntrykket fra foreldrene i hovedsak kan beskrives som en gruppe som opplever at de har fått få «rett hjelp til rett tid» av en koordinert og helhetlig tjeneste.

3.9 Ungdommenes erfaringer med oppfølging etter akutt fase

Når det gjelder oppfølging etter akuttfasen var det også her gjennomgående at foreldrene var mer fornøyd enn ungdommene. Samtidig er det langt mer positive fortellinger fra ungdommene når det gjelder oppfølging etter akuttfasen enn i selve akuttsituasjonen.

«Det er jo gøy å fortelle når du har opplevd noe bra!»

Sitatet over er fra en av ungdommene som har erfaringer med både BVV, AAE og St. Hansgården. Selv om ungdommen har blandede erfaringer med oppfølgingen er hovedbudskapet at «det hjalp». I dette avsnittet skal vi referere positive og negative erfaringer med oppfølgingen etter akutt fase, henholdsvis fra ungdommenes og foreldrenes perspektiver.

3.9.1 Positive erfaringer med oppfølgingen

Ungdommene var jevnt over mer positive til hjelpen de fikk under oppfølgingen etter akutt fase, enn hjelpen de fikk under selve akutthendelsen.

Innledningsvis presenteres et sitat fra en av ungdommene som hadde positive erfaringer. I denne saken var ungdommen først på BVV i forbindelse med en akutt krise og ble senere fulgt opp av Abup. Ungdommen svarte følgende når vi spurte hvordan oppfølgingen har vært:

Jeg synes det har vært veldig bra hjelp ... jeg har fått veldig god hjelp. De jeg har møtt har gjort en veldig bra jobb de tre, fire personene som jeg har vært og snakket med. Det har kommet mye bra ut av det, for det har ikke vært sånne lange kjedelige samtaler, det har vært gøy å gjøre det også. (Ungdom)

Intervjuer: Hva er du synes har hjulpet mest?

Det er det med meg og min kontakt, vi har vært mye ute på turer, vi har kjørt i bil og snakket, og etter noen samtaler hatt møter med flere [inkludert foreldre] og de andre kontaktene. Og på de møtene på FUT [Abup] med flere folk så er alle sammen der og da kan det bli skrevet ned noe, eller tegna ned noe ... og da blir det bra oversikt over det som hjelper (...). Men det er liksom alt ... hele pakken som gjør at det hjelper. Det hadde ikke vært like bra med bare de møtene med min kontakt, eller bare de møtene på FUT [Abup], det er liksom blandingen som gjør at det er så bra. (Ungdom)

I sitatet over nevnes flere punkter som går igjen i flere av fortellingene fra ungdommene knyttet til positive erfaringer; betydningen av en god og uformell tone, den gode relasjonen til behandleren og betydning av bilturer og samtaler i uformelle omgivelser. Det går fram av dataene at langvarige relasjoner bidrar til kontinuitet. Det er også viktig å merke seg at møter

med hele familien (det noen av brukerne referer til som fokus på familien eller familieperspektivet), også blir fremhevet av ungdommene som positivt. I sitatet over blir ivaretagelse av familieperspektivet implisitt referert til som møtene med flere folk psykisk helsevern for barn og unge (Abup/ FUT).

På samme måte som foreldrene ga også ungdommene uttrykk for at det var godt å ha et telefonnummer de kunne ringe ved behov. Flere av ungdommene la også vekt på at de fikk ha en viss formening om hvor ofte og hvor lenge de skulle motta hjelp i oppfølgingen etter den akutte fasen. Dette siste punktet kommer vi tilbake til under avsnittet om brukermedvirkning.

Betydning av kvalitet og kontinuitet i relasjon til behandler

Det å ha en god relasjon til behandler eller kontaktperson er et punkt som gjennomgående trekkes fram når ungdommene blir bedt om å fokusere på positive erfaringer i møtet med, og oppfølging av tverretattlig akuttjeneste. Innen forskning om barnevernsarbeid fremheves betydningen av kontaktetablering og gode relasjoner mellom barnevern og bruker (Bunkholt og Kvaran 2015; Thrana 2015). Effektstudier innen for eksempel psykoterapiforskning har antydnet at kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient er viktigere for resultatet enn hvilken metode som anvendes (Martin et al., 2000; Binder et al., 2009). Betydningen av det relasjonelle og behandlerens rolle er ytterligere utdypet i neste sitat fra en av ungdommene som hadde hatt oppfølging i over ett år etter akutthendelsen

*Den første behandleren jeg snakket med på våren. Det var høydepunktet den våren. Vi kjørte omkring og så var det alltid et fint sted hvor vi gikk ut av bilen – og så gikk vi barbeint da det ble sommer ... det var slike småting som betydde så mye. Det var liksom begynnelsen ... men etter det, så var det så mange andre [behandlere], og etter det fikk jeg en fast behandler men det var ikke den samme som den første (...) Og det var så tilfeldig at jeg fikk akkurat den behandleren, den første, vi passa bare så godt sammen ... **det var det beste som kunne skjedd**, men etter hvert fikk jeg jo godt forhold til den nye også. Hvis jeg hadde hatt den samme behandleren hele perioden, da tror jeg kanskje det hadde vært en annen høst i alle fall, for da hadde ikke det forholdet blitt brutt, og så hadde det ikke kommet så mange andre inn. Hvis det hadde vært samme behandler fra begynnelsen til slutten, så hadde jo det vært bedre, men det gikk greit uansett, men det hadde vært bedre. For jeg tror egentlig at for alle, så er det forholdet til behandleren - forholdet mellom de to – som betyr aller mest. Det er mitt største budskap som jeg står for ... for hvis det forholdet ikke funker så funker ingenting ... så det er det mest viktige for meg å få ut! (Ungdom)*

Sitatet over er beskrivende for hvor viktig relasjonen mellom behandler og ungdom er og det er viktig å understreke at forholdet til behandler og/eller kontaktperson var et tema alle ungdommene var opptatt av.

Ved brudd i relasjoner trues kontinuiteten i oppfølgingen av ungdommen, og det var mange eksempler i materialet både på at det relasjonelle aspektet var viktig, og at brudd i relasjoner medførte en risiko. En av foreldrene fortalte for eksempel om ungdommen deres som hadde hatt opphold på St. Hansgården, og fått en god relasjon til sin kontaktperson der. Men da akuttoppholdet var over skulle barnevernet ta over behandlingen og ungdommen måtte derfor

avbryte relasjonen til kontaktpersonen ved St. Hansgården. Ungdommen hadde fra før flere brudd med - og påfølgende svekket tillit til - tidligere behandlere, noe som ville gjøre det vanskeligere for en ny behandler å lykkes. Flere av ungdommene understreket at slike brudd burde unngås, og at ungdommene må slippe å forholde seg til så mange behandlere:

Det var sommerferie så det var så mange involverte. Hvis det går an så burde det ikke være mer enn tre personer i alle fall. Jeg hadde veldig mange på ganske kort tid. (Ungdom)

På den annen side kan brudd i relasjoner også være forløsende, slik det er eksempel på ovenfor, når ungdommen på den måten har mulighet til å treffe en ny behandler hvor relasjonen blir svært god. Forholdet til behandleren er en viktig suksessfaktor for virkningsfull behandling (Binder et al., 2009; Thrana 2015; Martin et al., 2000). På samme måte som betydningen av å ha en god relasjon til behandleren ble fremhevet, ble det understreket at de også hadde muligheten for å kunne bytte behandler hvis kjemien ikke stemte.

Den første jeg fikk, det passet jo greit, men hvis jeg hadde endt opp med en av de andre som ikke passet så bra til meg, så er det ikke sikkert det hadde gått så bra – og folk burde få vite det er viktig at alle får informasjon om at det går an å skifte behandler, for jeg fikk aldri høre noe om det fra noen på FUT, men det var læreren min som sa det. Jeg vet jo ikke om det er noe reell mulighet, men det var det jeg fikk høre. (Ungdom)

Betydningen av informasjon om akutsituasjonen ble understreket i forrige avsnitt. Også når det gjaldt oppfølging var det flere av ungdommene som snakket om viktigheten av god informasjon for å skape positive opplevelser i behandlingssituasjonen, som for eksempel at de fikk beskjed om sine rettigheter og at de kunne bestemme hva de ville snakke om. Dette kommer vi tilbake til under kapittel 3.12 og 3.13 om brukermedvirkning.

Til tross for at ungdommene altså i stor grad var fornøyd med oppfølgingen etter akutsituasjonen var det også ting som, ifølge ungdommene kunne vært gjort bedre. I neste avsnitt skal vi referere de viktigste punktene i ungdommenes fortellinger om hva de mener kunne vært gjort annerledes eller hva de var mindre fornøyde med.

3.9.2 Hva kunne vært gjort annerledes?

Mens god flyt av informasjon er en viktig faktor i fortellingene om fornøyde ungdommer, har liten grad av informasjon motsatt fortegn. Når ungdommene skal fortelle om hva som kunne vært gjort annerledes er det mange som nevner at de får for lite informasjon om hva som skal skje fremover, episoder der avtaler har blitt glemt eller misforståelser om møtested og tidspunkt.

Betydning av informasjonsflyt og kontinuitet

En ungdom forteller for eksempel om en gang [ungdom] skulle til samtale med Abup, men behandler på Abup hadde glemt avtalen, ifølge ungdommen:

Så der satt jeg og x gikk forbi og så at jeg satt der. De kunne spurt hvem jeg satt og ventet på. Så jeg satt der og ventet en time, men ingen brydde seg så da gikk jeg bare. (Ungdom)

Intervjuer: Hva tenkte du da du satt og ventet?

Det viser jo bare at de ikke bryr seg, at de faktisk ikke gjør det! (Ungdom)

Det var flere eksempler på ungdommer som opplevde at avtaler var blitt endret i siste liten, og at det var gitt beskjed til foreldrene, men at foreldrene glemte å gi beskjed til ungdommen:

De ansatte må kanskje høre litt mer på barnet og hva barnet vil! Ikke bare snakke med foreldrene først, og så en uke etterpå så sier de til barnet: har ikke moren din sagt det til det? Og jeg bare «hva?» Men de sier ting til henne, og en uke etterpå så forventer de at hun har sagt det til meg, men hvis hun har glemt det er det ikke så greit. Og det skjer jo noen ganger. (Ungdom)

For dårlig eller manglende informasjon om møtested og avtaler gikk igjen i tilbakemeldingene fra ungdommene. Andre eksempler knyttet til informasjonssvikt kunne være av en helt annen karakter som illustrert i sitatet under fra en ungdom som tidligere har hatt opphold ved St. Hansgården:

Jeg hadde håpet jeg skulle få en familie som skulle virkelig bry seg om meg på ordentlig, men ble litt lei meg når jeg måtte på institusjon [St. Hansgården]. Det var litt lite informasjon her om hva som skulle skje videre fremover. Vi hadde møte med barnevernet, og de sa at «du vet jo at du ikke skal bo her bestandig», Jeg fikk plass på NN før jeg visste hva en langtidsinstitusjon var! Jeg tror jeg hadde funket bedre i en familie enn på en institusjon. (Ungdom)

Som tiltak gjennom Bufetat er St. Hansgården et sted for korttidsopphold. Dette medfører ofte en viss usikkerhet både blant ungdommene og blant foreldrene knyttet til hvor lenge ungdommen kan være der og hvordan St. Hansgården samhandler med Abup og barnevernet. Uttalelser som «Problemet på St.Hansgården var at alt var midlertidig» eller som uttrykt fra en av ungdommene: «Men det er jo ikke de på St. Hansgården som kan bestemme hva som skulle skje med meg, det var min saksbehandler i barnevernet» er illustrerende i så måte. En av ungdommene svarer slik når vi spør hva som kunne vært gjort annerledes ved St. Hansgården:

Nei, jeg kunne ønske jeg kunne ha bodd her litt lenger sånn at de hadde funnet ut mer og at vi hadde kunne snakket mer med folk, men når du føler deg sviktet gang på gang, så tar det tid å bygge opp tillit og si hvordan ting er å være ærlig om dine egne følelser og sånn. (Ungdom)

Sitatet ovenfor illustrer hvordan mangel på kontinuitet i tjenesten er uheldig for ungdommene. Som vist innledningsvis er forutsetninger for å oppnå kontinuitet i forløpet identifisert blant annet som stabile tjenester uten brudd, god nok tilgang på informasjon og betydning av stabile relasjoner (Haggerty et. al. 2003). Det å måtte skifte behandler eller behandlingssted kan videre karakteriseres som en form for «sårbar overgang» (Haugen et. al. 2012), hvor

ungdommen det gjelder pålegges en tilleggsbelastning som følge av å måtte gå inn i nye relasjoner, rutiner og praksiser.

Ønske om mer konkret handling

På samme måte som mange av ungdommene etterlyste mer handling knyttet til akuttsituasjonen, var det også flere ungdommer som ønsket mer handling knyttet til oppfølgingen etter akuttsituasjonen. Ønsket om mer konkrete handlinger var på samme måte som ved selve akuttsituasjonen også her hovedsakelig knyttet til at ungdommene hadde ønske om et annet sted å bo.

Det har jo bare vært samtaler hele veien. Ikke noe annet. Det hjelper jo ikke å bare snakke. Det må bli gjort noe spør du meg! (Ungdom)

Intervjuer: Hva hadde du ønsket deg?

At de tok initiativ med en gang jeg sa ifra (Ungdom)

Intervjuer: Initiativ til hva da?

At jeg fikk hjelp til å flytte! Det er jo det jeg har prøvd å få hjelp til hele tiden. (Ungdom)

Flere av ungdommene vi intervjuet hadde lignende erfaringer. De ønsket å flytte ut av hjemmet og de ønsket å bo alene. I sitatet under forteller en av ungdommene som bodde på institusjon at vedkommende egentlig ville flytte på hybel:

Jeg synes de kunne latt meg prøve, så jeg kunne vise dem at jeg ville klare det, men fikk ikke lov, og da blir jeg forbanna. Jeg vil jo bygge meg et liv. Ellers så kommer jeg bare til å bli dratt inn i et dårlig miljø. Jeg er ikke så god til å forklare, men de burde jo skjønne meg. Jeg vil jo bare ha et sted å bo. (Ungdom)

I tillegg var det ungdommer som følte at det å gå i samtaler ikke hadde særlig effekt:

Jeg går fortsatt på Abup. Nå er det bare meg og en dame og vi snakker, men det jeg ikke liker med Abup er at vi får masse ark som vi må fylle ut. Jeg har ikke kommet dit for å fylle ut masse ark, og jeg har sagt det til henne at jeg vil ikke fylle ut " hvilken følelse har du?". Et ark kan ikke fortelle hva jeg føler! (Ungdom)

I tillegg var ungdommene, som vi var inne på over, opptatt av kommunikasjonsform. Dette er et tema som har gyldighet for arbeid med ungdom generelt og kan dermed ikke knyttes spesielt til Akuttprosjektet, men vi nevner det likevel da flere av ungdommene kom inn på betydningen av kommunikasjonsform. Temaet kom særlig til uttrykk da vi spurte ungdommene om hva de mente kunne vært gjort annerledes. En av ungdommene som hadde vært i kontakt med både BVV og AAE, og som på intervjutidspunktet fremdeles gikk til samtaler uttrykte det slik:

Jeg vet ikke, det blir veldig mye snakk ... vi bare snakker. Hvis jeg prøver å si at jeg orker ikke gå på skolen lenger, jeg tror jeg slutter ... så vil jeg egentlig at [behandler] skal gi meg litt råd og sånn: "nei ikke slutt", men [behandler] sier bare: "ja du kan jo

bare slutte, det er opp til deg selv!". Jeg vet ikke, men jeg klarer ikke sånt. Folk er forskjellige, men jeg liksom ville hatt litt mer hjelp. (Ungdom)

Det var gjennomgående i materialet fra ungdommene at de ønsket mer handling, men også mer konkrete tilbakemeldinger både knyttet til forløpet, (hva skjer fremover?), samt mer konkrete tilbakemelding knyttet til deres egen situasjon som illustrert i sitatet over.

Fokus på familien

I følge Akuttprosjektets direktiv skal tjenesten intervenere i akuttsaker med utgangspunkt i ulike teoretiske perspektiver blant annet «familie og systemteoretisk forståelse». Fokuset på familien som helhet er et tema som flere av brukerne tar opp. Dette har kommet opp i den delen av intervjuet der vi har spurt om det er ting i løpet av prosessen man kunne tenke seg kunne vært gjort annerledes, eller om det er noe man har savnet knyttet til den oppfølgingen man har fått. På samme måte som i tilbakemeldingen fra foreldrene hadde også ungdommene fokus på hjemmesituasjonen, og flere var opptatt av at det ikke bare var de selv som trengte hjelp, men egentlig hele familien:

Men det er ikke bare jeg som trenger hjelp det er selve oss sammen som trenger hjelp! (Ungdom)

I lys av prosjektdirektivet og relevante faglige tilnærminger i arbeid med barn og unge (Anderson 2005; Bunkenholdt & Kvaran 2015) er dette en viktig tilbakemelding fra ungdommene i prosjektet.

Mangel på samhandling

Ønsket om å bo alene kom til uttrykk på flere måter. Eksemplet under er valgt ut fordi det viser utfordringer med å praktisere en helhetlig og koordinert tjeneste. I det følgende eksemplet har ungdommen opplevd at kommunikasjonen fra AAE og BVV er delvis motstridende. Mens ungdommen først var til samtale med behandler ved AAE, ble oppfølgingen foretatt av barnevernet. Signalene fra de to etatene opplevtes motstridende:

Men det var det jeg skulle si i sted, med [behandler Abup] som liksom tegnet og forklarte at "her er du nå, og dette er målet på en måte" (tegner på bordet og illustrerer med fingrene). [Behandler Abup] sa at du kan ikke bo der for det er sånn og sånn. Du går på skole her, har venner her, osv. [Behandler Abup] satte i gang, men så stoppet det med en gang det kom til barnevernet. For der var det ingen som snakket om det lenger, alle ville bare vite mer om meg. Og jeg hadde forventninger om at det skulle skje noe, men det bare stoppet opp. Nå vil jeg helst bo alene. Og det er det de holder på med nå og evaluerer om det fortsatt er trygt å bo hjemme. (Ungdom)

Slik det kommer fram av intervjuet med denne ungdommen har en behandler fra AAE gitt støtte til at hjemmesituasjonen er uholdbar og at det bør finnes en annen løsning, men det er ikke behandlerens jobb å finne et nytt boalternativ. Her er det et eksempel på to systemer som ikke er godt nok koordinert, og som slik gir motstridende signaler til ungdommen. Dette er

uheldig, samtidig som det er forståelig ettersom den ene etaten ikke har myndighet til å effektivt flytting, men likevel kan ha meninger om hjemmesituasjonen og barnets beste.

3.9.3 Oppsummering – ungdommenes erfaringer med oppfølging

Når det gjelder oppfølging etter akuttfasen var det igjen gjennomgående at foreldrene var noe mer fornøyd enn ungdommene. Samtidig var det langt mer positive fortellinger fra ungdommene knyttet til oppfølging etter akuttfasen enn i selve akuttsituasjonen.

Da ungdommene skulle legge vekt på sine positive erfaringer med Akuttprosjektet var betydning av relasjonen til behandleren det temaet som var mest gjennomgående i de ulike intervjuene, gjerne eksemplifisert som det å ha en «god og uformell tone», og «det å kunne ta en biltur i stedet for å sitte inne på et kontor». Et annet sentralt tema var betydning av kontinuitet i relasjonsarbeidet, i form av å kunne ha en behandler/kontaktperson over lenger tid. Relasjonsarbeid i barnevernet er mye omtalt og knyttes ofte til begreper som tillit, anerkjennelse, bekreftelse, respekt, kjærlighet og omsorg (Berg 2005; 2016; Thrana 2015). I tråd med funn fra disse studiene legger også ungdommene som har vært i kontakt med den tverretatlige akuttjenesten særlig vekt på betydningen av å bli sett og anerkjent som den de er. I tillegg la ungdommene vekt på tilgjengelighet, som det å kunne ha noen å ringe til, samt god flyt av informasjon og det å bli informert både om situasjonen per i dag og om planer fremover.

Et annet viktig moment som synes å gå igjen er at i de tilfeller det har vært møter med hele familien blir dette trukket fram som positivt.

Informasjon er et gjennomgående tema når det gjelder hva som kunne vært gjort annerledes i oppfølgingen. Flere av ungdommene syntes de fikk for lite informasjon om fremtidige planer og behandlingsopplegg, men også om praktiske forhold som for eksempel avtaler som ble avlyst eller at møtesteder og tidspunkt ble endret.

Videre er det flere som ytrer ønske om mer konkret handling, og da gjerne knyttet til behov for nytt bosted. Det er ulike årsaker til at ungdommene ikke vil, eller kan bo hjemme lenger, men en gjennomgående dimensjon i fortellingene fra ungdommene er at de føler mistillit fordi de ikke, etter sin egen vurdering, har et tilfredsstillende botilbud. Mens fagpersonell ville «se an» situasjonen eller forsøke ulike tiltak først, var ungdommene opptatt av at de ville ha handling – enten i form av at de ble flyttet ut av hjemmet til et fosterhjem eller en institusjon, eller aller helst at de fikk en hybel. Noen foreslo også som eksempel at en av foreldrene kunne flytte ut. Flere av ungdommene som ønsket seg et annet sted å bo, syntes ikke det hjalp med samtaler eller andre tiltak. I noen få tilfeller var det dårlig koordinering mellom Abup og barnevernet, noe som førte til at ungdommene kunne få falske forhåpninger knyttet til den videre prosessen.

3.10 Foreldres erfaringer med oppfølging etter akutt fase

Foreldrene rapporterte i stor grad fornøydhets med hjelpen de hadde mottatt etter den akutte fasen, uavhengig av om de hadde mottatt oppfølging fra Abup, barnevernet, St. Hansgården eller flere av etatene. I det følgende skal vi vise eksempler på hva foreldrene vektlegger i sine positive tilbakemeldinger og videre hva de formidler om hva som kunne vært gjort annerledes.

3.10.1 Positive erfaringer med oppfølgingen

Sitatet under fra en av foreldrene kan stå som eksempel på fornøyde foreldre:

Vi har hatt flere møter med flere familiemedlemmer involvert ... det har fungert helt fantastisk! Helt fantastisk! De er utrolig dyktige til å snakke med [ungdom], og vi har fått all informasjon hele veien. Og når hun har snakket med [ungdom] så spør hun også [ungdom] «er det ok at de forteller videre til oss foreldre?» Og hvis [ungdom] sier ja, så blir det tatt opp med meg, og hvis [ungdom] sier nei, så blir det respektert. Det er bra! (Forelder)

Foreldrene som var fornøyde forteller om tryggheten de følte da de fikk kontakt med hjelpeapparatet generelt, og at de følte seg både sett og ivaretatt.

Mens noen av brukerne fikk langvarig oppfølging og fremdeles hadde kontakt med hjelpeapparatet på intervju tidspunktet, var det flere som også hadde avsluttet sin sak.

Både ungdommer og foreldre understreker betydningen av det å ha et telefonnummer de kunne ringe når vi spurte hva som var viktig i oppfølgingen etter akuttsituasjonen.

Barneverntjenesten hjalp meg i akuttsituasjonen og de var der dagene etterpå så jeg hadde et telefonnummer jeg kunne ringe. Jeg benyttet meg ikke av det, jeg snakket med ungene og prøvde å være mor. (Forelder)

Videre snakker en av foreldrene om betydningen av å ha et telefonnummer:

Det var veldig godt. For terskelen er veldig høy for å ta en sånn telefon og ringe et sånt nummer, for eksempel å ringe til politiet. Men hva gjør jeg hvis han plutselig kommer på døra? Og da får jeg vite at da ringer du dit – og da har noen sagt at jeg kan gjøre det [ringe nr hun har fått utdelt], og da er det greit! Man skal ikke være til bry, men de gjentar at «hvis du lurer på noe så ring oss bare»" – og det har jeg gjort, og jeg har fått svar på det jeg lurer på. (Forelder)

Som i de fleste foreldreintervjuene vektlegges også her viktigheten av å få beskjed om at «hvis det er noe, så er det bare å ringe.» Dette kom også til uttrykk blant de foreldrene som hadde erfaringer med St. Hansgården. I sitatet under forteller en av foreldrene om sine erfaringer med St. Hansgården etter at de lenge hadde vært i kontakt med barnevernet i forbindelse med at [ungdom] hadde problemer.

Ja, da hadde vi veldig tett oppfølging. Det var St. Hansgården som dro det i gang, og det må jeg si...de er bare helt fantastiske der oppe. Jeg fikk hjelp og [ungdom] fikk hjelp. Ungdommen sier det selv at de tok ansvar, ansvaret ble ikke bare lagt vekk med

papirene! De ringte og tok [datter] på alvor og jeg fikk støtten jeg trengte. Jeg fikk beskjed om at jeg kunne ringe, og jeg fikk avlastning. (Forelder)

Når det gjelder oppfølging kommer det også fram gode eksempler på helhetlig og godt koordinert oppfølging mellom etatene som illustrert i følgende sitat:

Det var de som jobbet her [St. Hansgården] som ga behandling, men de ble veiledet av folk fra Abup. Og det er [behandlere fra Abup] som har veiledet og de var veldig samkjørte hele gjengen, derfor hadde de klart å gi [ungdom] den behandlingen som var nødvendig. Og hadde ikke de vært så samkjørte, så mente i alle fall folk her at det er det ikke sikkert det hadde gått så bra som det gikk. (Forelder)

Et annet eksempel fra St. Hansgården illustrerer videre betydningen av koordinerte tjenester, og kan også tjene som et eksempel på hvordan Akuttprosjektet bidrar til at ungdom får riktig behandling til rett tid. En av foreldrene forteller om ungdommen sin som har vært inn og ut av behandlingssystemet uten at de har klart å få god nok hjelp:

... vi hadde lenge sagt at kanskje [ungdom] skulle få prøve en annen behandling og at kanskje en annen behandler kunne se [ungdom] med nye øyne, det var ikke noe galt med han [ungdom] hadde, men siden de ikke kom noen vei (...). Men etter hvert så så de også at [ungdom] trengte mer hjelp, og [ungdom] sa det selv at «jeg får ikke noe hjelp på Abup...det hjelper jo ikke den hjelpen jeg får.» (Forelder)

Abup mente at [ungdom] ikke var klar, men de så jo veldig fort her at den hjelpen [ungdom] får nå faktisk hjelper (...). De har jo NN som er fra sykehuset som er her og har time med [ungdom] og kartlegger og finner ut. (Forelder)

Som vi har skrevet om innledningsvis (se punkt 1.2.1) er Akuttprosjektet en uttesting av en organisatorisk og juridisk form der blant annet taushetspliktsreglene ikke skal stå til hinder for fullgod utnyttelse av systemet og kompetanse på tvers av etatene. Selv om ikke alle foreldrene var like godt informert om formålet med Akuttprosjektet, var det gjennomgående positive tilbakemeldinger på at det var kommunikasjon mellom de ulike etatene. Sitatet nedenfor er i så måte illustrerende for det flere av foreldrene formidlet:

Jeg synes det er helt topp at de snakker sammen, jeg står for det jeg har sagt, forhåpentligvis kan det være med å hjelpe andre også. (Forelder)

Et siste viktig punkt i tilbakemeldingene fra foreldrene handler om koordinerte tjenester og samarbeid med førstelinjetjenesten. Noen av foreldrene satte pris på at tilbudet de fikk ble koordinert med ulike instanser, blant annet helsesøster. I ett av intervjuene kom det fram at datter hadde snakket mye med helsesøster. Foreldrene spurte derfor om helsesøster kunne få bli med på møter. Dette ble ordnet, og selv om helsesøster ikke er en direkte part i Akuttprosjektet gjør helsesøsters deltakelse at brukerne - og i dette tilfelle et barn - opplever tjenesten som mer koordinert.

3.10.2 Hva mener foreldre kan gjøres annerledes i oppfølgingen?

Slik det går fram av intervjuene med de ansatte er det flere som nevner utfordringer knyttet til det å sikre en koordinert oppfølging etter akuttfasen (jf. kap. 3.5). Som nevnt tidligere blir det

blant annet pekt på at tidsaspektet rundt hva man definerer som akutt kan variere. For eksempel var praksis ved BVV å overføre saken til barneverntjenesten neste virkedag (ungdomsavdelingen dersom fylt 13 år og barneavdeling dersom under 13 år), mens AAE kan ha saken i to uker før den overføres videre i systemet (til Abup). Dermed har AAE mye løsere tidsrammer for å jobbe med den akutte krisen som har oppstått. I organisasjonsstudien ble det pekt på at særlig overgangen mellom BVV og barneverntjenesten kunne være utfordrende fordi barneverntjenesten ikke klarte å ta unna akuttsaker de fikk fra BVV. Dette er tema som også tydeliggjøres i intervjuene med brukerne, som illustrert i sitatet under fra en av foreldrene:

Vi hadde først kontakt med de på barnevernvakten og ble så sendt videre til barnevernet. Men det tok år og dag (...), så kom det fram at vi var blitt lagt i feil bunke, så vi fikk ikke noe akutt hjelp. (Forelder)

I en annen sak var det mistanke om vold, og forelder forteller at før de kunne komme i gang med behandling måtte barnet i avhør på Barnehuset. Det tok tid, men før avhøret var gjennomført kom man ikke videre i prosessen, noe både barnet og forelderen mente var uheldig:

Kan ta litt tid før de kommer i gang med behandling. Det måtte være avhør først av [ungdom] før [ungdom] kunne få hjelp ... så det var litt dumt. (Forelder)

Sitatene ovenfor viser til spesifikke situasjoner, men flere av brukerne uttrykker at de synes det tar for lang tid med oppfølgingen etter akuttfasen. En mor forteller for eksempel at hun skulle ha tilbud til flere av barna sine etter akutthendelsen, men at dette tok lang tid. For det første var det ulike etater involvert, og for det andre var det ulike typer problematikk. Hun oppsummerer slik:

De [den tverretatlige tjenesten] har mange tilbud, men den verdenen går mye senere enn det jeg skulle ønske den gjorde. (Forelder)

Et siste tema som går igjen er betydning av alder. Dette kan også knyttes til «sårbare overganger» (Haugen et. al. 2012), som er omtalt tidligere, ved brudd i relasjon til behandler og/eller kontaktperson. Sårbare overganger kan videre knyttes til offentlig hjelpeapparat som for eksempel overføring fra barneavdeling til voksenavdelinger i spesialisthelsetjenesten og fra barnehabilitering til voksenhabilitering. I tillegg kan de snakke om overganger mellom saksbehandlere ved utskifting av disse. Slike overganger kan innebære utfordringer og belastninger for barn og ungdom som har kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet. Også i vårt materiale var det flere av foreldrene som vektla betydningen av slike overganger, som for eksempel illustrert i sitatet under:

[Ungdom] blir 18 i august og da kan ikke [ungdom] være her lenger [St. Hansgården]. Jeg tror dette tiltaket er mye bedre enn noen annet. Men [ungdom] blir 18 så og da blir det slutt på det. Det er veldig firkanta regler. Vi hadde ønsket at [ungdom] kunne fortsatt med den behandlingen som gis her. (Forelder)

En forelder forteller om svært god hjelp i selve akutfasen, men er ikke like fornøyd med oppfølgingen etter akutfasen. I sitatet under er det snakk om en ungdom som sliter med dårlig selvfølelse og utagering:

Jeg føler at [ungdom] er i en aldersgruppe som faller litt mellom barken og veden [ung tenåring] ... eller at noe fælt må skje ... at [ungdom] skader seg selv, eller at noen andre må bli skadet før de kan sette inn et tiltak. Vi hadde ønsket hjelp til sinnemestring. Abup har nevnt at dette kan vi få hjelp med hos barnevernet, og barnevernet har nevnt at dette kan vi få hjelp til hos Abup. Så akkurat hvem som tilbyr denne tjenesten, det vet jeg ikke. (Forelder)

3.10.3 Oppsummering – foreldres erfaringer med oppfølging

Foreldrene var i stor grad fornøyd med hjelpen etter akutfasen, uavhengig av om de hadde oppfølging fra Abup, barnevernet eller St. Hansgården. Foreldrene som var fornøyde la vekt på at Akuttprosjektet ga dem en følelse av trygghet, og videre at de følte seg både sett og ivaretatt. Mens noen av brukerne fikk langvarig oppfølging og fremdeles hadde kontakt med hjelpeapparatet på intervju tidspunktet, var det flere som hadde avsluttet sin sak. Både ungdommer og foreldre understreket betydningen av å ha et telefonnummer de kunne ringe ved behov.

Foreldrene var i stor grad fornøyde med behandlingstilbudet ungdommene deres hadde fått, og noen hadde også selv fått veiledning eller vært med på samtaler. Flere nevnte at de satte pris på et koordinert samarbeid med for eksempel skolen.

Offentlig statistikk viser at barn og unge med minoritetsbakgrunn er overrepresentert i barnevernet både når det gjelder hjelpetiltak og omsorgstiltak, og videre at kommunikasjon og samhandling mellom innvandrere og ansatte er utfordrende på mange områder (Paulsen et.al. 2014). Det er derfor positivt at foreldrene med minoritetsbakgrunn som har fått hjelp gjennom Akuttprosjektet er fornøyde.

Når det gjelder hva foreldrene mente kunne vært gjort annerledes er det flere som nevner utfordringer knyttet til en mer koordinert oppfølging etter akutfasen. Det er eksempler på saker som har «blitt stående i stampe» etter den akutte fasen, enten fordi den har blitt overført til barnevernet og at oppfølgingen herfra har tatt langt tid, ved at nye former for behandling ikke har kommet i gang umiddelbart, eller at det har vært uklart hvem som skal ha ansvar for oppfølgingen. Dette er forhold som også er drøftet tidligere i rapporten (kap. 3.5). Utfordringer knyttet til ungdommens alder ble trukket frem under punktet om akutfasen. Ungdommens alder ble også understreket som utfordrende med tanke på oppfølging.

3.11 Minoritetsperspektivet

Som vist under punktet om «Foreldrenes erfaringer med akutfasen» var et gjennomgående tema blant foreldre med innvandrerbakgrunn mangel på kjennskap til det norske systemet, og problemer med å vite hvor og hvem man skal henvende seg til ved bekymring for

ungdommen. Samtidig var foreldrene med innvandrerbakgrunn stort sett fornøyd med den hjelpen de hadde mottatt i den akutte fasen. Ungdommene med minoritetsbakgrunn hadde noe mer varierende syn på hjelpen de hadde mottatt. Noen mente for eksempel at hjelpeapparatet ikke hadde god nok forståelse for hjemmesituasjon og pågående familiekonflikter eller innslag av ekstrem kontroll, et tema som for øvrig er utfordrende på flere plan (Haugen et al. 2011). Bredal (2009) samt Berg og Ask (2011) påpeker at det i barnevernets møte med minoritetsfamilier både er fare for at det ikke utvises nok forståelse for familiens kulturelle bakgrunn, og at man dermed griper inn for raskt, eller på den andre siden; at man viser for mye respekt for det kulturelle aspektet (for eksempel ekstrem kontroll), og derfor ikke griper inn i saker hvor man burde gjort det.

Flere studier har understreket at ikke-vestlige innvandrere har stor skepsis til barnevernet (se Paulsen et al. 2014 for en oversikt). Det er derfor interessant å se at de foreldrene med minoritetsbakgrunn som har fått hjelp gjennom Akuttprosjektet er fornøyd.

Noen av foreldrene forteller at mens de tidligere har vært skeptisk har de gjennom kontakten med Akuttprosjektet fått et godt inntrykk av barnevernet og av hjelpeapparatet. En av foreldrene forteller:

Første gangen jeg hørte om barnevernet var jeg veldig redd for barnevernet – men nå vil jeg si til alle som trenger hjelp at dere må åpne dere for barnevernet for de bare hjelper. (Forelder)

Sitatene under er fra to ulike foreldre med minoritetsbakgrunn. De understreker at de har fått god hjelp selv om de ikke kjente systemet fra før:

De hjelper folk (...) de ser helheten og hvis du trenger det så får du hjelp. Det er ikke så lett for de som jobber der heller, jeg har ikke noe galt å si om dem. Jeg har lært veldig mye vil jeg si, men det er ikke så lett med ungdommer. (Forelder)

Det kommer folk til Norge som ikke er vant med at det offentlige skal blande seg inn i barneoppdragelse og ha noe å si om hvordan man oppdrar barna. Når du er innvandrer og ikke kjenner systemet, så er det ikke så godt å vite hva man skal spørre om og hvilke rettigheter man har. (Forelder)

Utfordringer mellom hjelpeapparat og familier med innvandrerbakgrunn er komplekse og sammensatte. Mangel på informasjon, forståelse av det norske systemet, ulike referanserammer, familiekonflikter, kulturforskjeller, fordommer og manglende tillit er relevante tema (Holm-Hansen et al., 2007; Norsk Innvandrerforum 2013; Söderström 2012; Paulsen et al., 2014). Det er derfor på sin plass å understreke at de av foreldrene som hadde innvandrerbakgrunn, og som hadde vært i kontakt med den tverretatlige akuttjenesten i stor grad var fornøyd med den hjelpen de hadde mottatt. Dette tyder på at den tverretatlige akuttjenesten ivaretar minoritetsperspektivet på en god måte. Dette kan ses i lys av Fylkesnes og Netland (2012) som viser at det å ta foreldrenes ønsker på alvor, være tilgjengelig, samt gi informasjon på en forståelig og åpen måte er fremgangsmåter som er tydelige i beskrivelsen av god praksis i møte med etniske minoritetsfamilier i barnevernet.

3.12 Ungdommenes erfaringer med brukermedvirkning

Et viktig anliggende i denne studien har vært å studere ungdommene og deres familiers erfaringer med, og opplevelser av, brukermedvirkning. Det er hevdet at økt brukermedvirkning er en forutsetning for likeverdige tjenester, hvilket innebærer at brukerne tilføres økt innflytelse og makt slik at de bedre kan settes i stand til å være med på å finne løsningene (Ingebretsen og Nergård 2007). De siste tiårene har det vært stort fokus på medvirkning innen helse- og sosialtjenestene, og det er påpekt i flere studier at barn og unge i liten grad involveres i barnevernets arbeid og i sin egen sak (Thrana 2008; Vis og Thomas 2009; Skivenes, 2015). Studier viser at barna i liten grad blir informert av barneverntjenesten, samt at de har begrenset informasjon om planer og tiltak som iverksettes (Sandbæk, 2002).

Det er positivt at flere av ungdommene som har vært i kontakt med felles tverretattlig akuttjeneste rapporterer om brukermedvirkning. Samtidig finnes det, ikke overraskende, ungdommer som ikke føler seg hørt. I dette kapitlet presenterer vi ungdommenes og foreldrenes erfaringer med brukermedvirkning knyttet til deres erfaringer i møte med den tverretattlige akuttjenesten.

3.12.1 Positive erfaringer med brukermedvirkning

Flere av ungdommene la vekt på at gode erfaringer i hjelpeapparatet handlet om prosesser der de selv var motivert for endring, men også at de selv kunne være med å påvirke prosessen. De som var fornøyd vektla videre at det var godt å ha noen tilgjengelig som de kunne kontakte ved behov. Sitatet under er fra en av ungdommene som har avsluttet behandling ved Abup etter først å ha vært i kontakt med BVV:

*De sa: «Vi føler ikke at du trenger mer veiledning, men hvis du føler du trenger mer så kan du kontakte oss [fikk tlf nr]». Jeg har ikke kontaktet dem igjen, og har ikke følt behov for det. Det var **veldig ok** at jeg fikk muligheten til å velge selv. (Ungdom)*

I tilbakemeldingene i intervjuene med ungdommene, er muligheten for å velge selv, innenfor de rammene det er mulig at ungdommen velger selv, noe som gjennomgående er vurdert positivt. Ungdommene forteller at bare det å få mulighet til å velge hvor mye de vil fortelle i den enkelte situasjonen er positivt. Det er flere eksempler på dette, som vist i sitatene under fra to forskjellige ungdommer, der begge har blitt spurt om de føler seg hørt i kommunikasjonen med hjelpeapparatet:

Ja, jeg synes at min mening har betydning noe, for jeg har fått lov til å ... det at jeg kan få bestemme når jeg vil være med på en samtale eller hvis det er noe jeg ikke vil ... den måten vi gjorde det på ... jeg føler at jeg har blitt forstått. (Ungdom)

Ja, jeg føler at hvis det er noe jeg ikke vil eller noe jeg vil gjøre annerledes eller noe ikke er greit, så går det fint for alt er liksom frivillig og du trenger ikke si mer enn du har lyst på ... hvis det er folk som ikke får den informasjonen så kan de bli veldig usikre på hva de kan si og noen kan føle at de blir tvunget eller kanskje må si noe de egentlig ikke har lyst til å si ... og da er det ikke noe greit. (Ungdom)

Tidligere i kapitlet har vi vist hvordan relasjonen til behandler har stor betydning for hvorvidt ungdommene føler at de har fått hjelp, og at det å bevare gode relasjoner er positivt. Forskning på barnevern viser også at relasjonen mellom ungdom og kontaktperson i barnevernet ser ut til å ha avgjørende betydning for ungdommers medvirkning i barnevernet (Paulsen 2016). Dette påpekes videre av Gallagher et al. (2012) og Bijleveld et al. (2013) som har gjennomgått tidligere forskning på feltet. Det konkluderer med at relasjonen, altså forholdet mellom ungdommen og saksbehandleren, er den viktigste faktoren for en vellykket medvirkningsprosess.

En av ungdommene i prosjektet fortalte at [ungdom] fremdeles har kontakt med barnevernet [etter institusjonsplassering] og at dette er meget viktig da [ungdom] har en spesiell kontakt med sin behandler:

Det er bare masse relasjonsbrudd hele veien. Så jeg sa [til behandler] at hvis jeg mister deg, så vet jeg ikke hva jeg gjør. Så jeg er så heldig at jeg fikk fortsette å ha kontakt med [behandler] da. (Ungdom)

Det å kunne forholde seg til en person man stoler på er selvsagt viktig for at ungdommene skal ha en positiv opplevelse av hjelpen. Som vist ovenfor handler brukermedvirkning både om å få bestemme selv hva man vil si noe om eller ikke, men også om å få melde behov om for eksempel det å fortsette med en behandler som man har god kjemi med. Dette poenget er videre illustrert i sitatet nedenfor der en av ungdommene også refererer til et oppfølgingsmøte etter akutfasen. For denne ungdommen var det viktig at en person fra barnevernet som ungdommen hadde fått tillit til, kunne bistå på det neste møtet:

Det beste med den hjelpen jeg fikk tror jeg var at jeg fikk bestemme selv når jeg ville snakke eller ikke. Og så var det det at [kontaktperson] fra barnevernet var med bak så jeg trengte ikke fortelle alt på nytt da [kontaktperson] hjalp meg. (Ungdom)

Alder er et sentralt element knyttet til barns medvirkning. Retten til å høres gjelder for alle aldersgrupper, selv om den er aldersbestemt i loven (Sandberg, 2012). Dette poenget understrekes også av en av ungdommene i studien, som før den akutte hendelsen hadde hatt kontakt med barnevernet flere ganger [i en annen kommune]. Ungdommene forteller at i situasjoner der de tidligere hadde hatt kontakt med barnevernet, snakket ikke barnevernet med barna. Med erfaringer fra Akuttprosjektet, hvor behandlerne snakket med alle i familien, ble viktigheten av å snakke med ungdommene understreket av informanten:

Jeg synes at de alltid burde snakke med barna ... slik som de gjorde med oss [referer til akutt fase] uansett hvor gamle barna er. Ikke at de skal få de til å si noe som ikke er sant, men bare snakke med dem. Snakke med dem og spørre om hva de synes og hvordan de har det. Så det er viktig at barna kan føle at de er hørt, for da vil de få et bedre forhold til barnevernet. (Ungdom)

Selv om det i dette intervjuet framheves positive erfaringer med barns rett til å høres i situasjonen rundt den akutte hendelsen, har [ungdom] en kritisk bemerkning knyttet til alder.

Jeg følte de hørte mer på meg enn på [yngre søsken]. Og det likte jeg ikke! For jeg var eldst, men det har egentlig ikke noe å si, for [yngre søsken] var der [under hendelsen] sammen med meg og opplevde akkurat det samme som meg! (Ungdom)

Alder er en viktig faktor når det gjelder barns rett til medvirkning. Med inkorporeringen av FNs barnekonvensjonen i norsk lov i 2003, ble aldergrensen for barns uttalerett senket fra 12 til 7 år ved lovendring iverksatt fra 1. april 2004. Sandberg (2010) understreker imidlertid at det ifølge FNs barnekommissjon ikke anbefales en aldergrense, men at uttaleretten må tilpasses barnet og dets individuelle særtrekk. På tross av barnekonvensjonen og dens intensjoner er det, ifølge James (2003: 145) forståelsen av barnet i «offerrollen» og med behov for beskyttelse som dominerer. Denne forståelsen forsterkes jo yngre barnet er. Sitatet over viser slik til et kritisk punkt knyttet til praktiseringen av barns rett til medvirkning.

Det var naturlig nok flere av ungdommene som hadde kritiske bemerkninger knyttet til brukermedvirkning. I neste avsnitt skal vi fokusere på hva ungdommene mente kunne vært gjort annerledes relatert til brukermedvirkning.

3.12.2 Hva kunne vært gjort annerledes?

Flere av ungdommene fortalte at de ikke følte seg hørt i prosessen, og flere mente at barnevernet hadde «gått bak ryggen» deres. Dette handlet i stor grad om at de ikke fikk nok informasjon om prosessen de var en del av:

De snakket gjerne bare om hvordan har du det ... men ikke om hva som skulle skje videre. (Ungdom)

Vis (2014) påpeker at det å være tilstede, og det å ha innflytelse, representerer to ulike tilnærminger til hva medvirkning er. Flere studier viser at barn og unge ofte er representert, men at dette ikke nødvendigvis betyr at de har reell medvirkning (Paulsen 2016). Dette var også tilfelle for mange av ungdommene vi snakket med:

Jeg skjønner ikke hvorfor de spør: «hva trenger du?» Hvis jeg sier hva jeg trenger så sier de, «nei det funker ikke, det er ikke det du trenger. Det du trenger er sånn og sånn.» Det er det samme som om jeg skulle si favorittfargen min er blå ... og så kommer de og sier: «nei den er grønn!» De vet jo ikke hva jeg vil og hvordan jeg har det ... Jeg vet bedre hva jeg trenger enn hva de gjør ... jeg går for eksempel ikke rundt og bestemmer hva du trenger, for jeg vet jo ikke hva du trenger. (Ungdom)

Eksemplene under fra to andre ungdommer er også illustrerende i så måte:

De lytter! Men hver gang jeg er ferdig med å si noe så begynner de på noe annet, men de lytter. De lar meg snakke ferdig, men så begynner de å snakke om noe annet. (Ungdom)

De hører hva du sier, men de tar ikke hensyn til det, akkurat sånn er det! (Ungdom)

Sitatet over kan ses i lys Lansdown (2010) som beskriver to ulike tilnærminger til brukermedvirkning; *consultative* og *collaborative* participation. Mens *consultative* participation viser til at barn og unge har mulighet til å uttrykke sine synspunkter uten at de får reell innvirkning på beslutninger, viser *collaborative* participation til prosesser der barn og unges stemme har reell innvirkning på beslutningene som tas. Tilsvarende skille i medvirkningsprosessen er også diskutert av Vis (2014) og Paulsen (2016). Når det handlet

om hva som skulle skje videre fremover i behandlingsforløpet var det flere av ungdommene som fortalte at de ble spurt om de kunne være til stede under møter. Problemet var imidlertid at flere følte at avgjørelsen om hva som skulle skje videre fremover allerede var tatt. En av ungdommene forteller for eksempel om hvordan det ble bestemt at oppholdet på St. Hansgården skulle avsluttes:

Det var et møte, og der og da ble det avgjort at jeg skulle hjem igjen. (Ungdom)

Intervjuer: ble du spurt i det møtet hva du ville?

Nei, det var jo allerede avgjort. Jeg kunne ikke si noe. Jeg mente at det hadde vært best om jeg fikk bli der lenger. Jeg var ikke klar for å dra hjem, men det ville de ikke høre på. Jeg synes det var feil at jeg ikke fikk være der lenger, syntes det var alt for tidlig og jeg ble helt stressa når jeg ikke fikk være lenger. Jeg sa at det var helt feil, men de hørte ikke på meg for uansett hva jeg hadde sagt så skulle jeg hjem, det var allerede bestemt. (Ungdom)

Slettebø (2008) skriver om at medvirkning i relasjoner kjennetegnes av dominans. I en tidligere studie omtalte flere av brukerne det som ble betegnet som saksbehandlerens «doble rolle» (Haugen et.al. 2012), at barnevernansattes posisjon betegnes som både hjelpere og makthavere. Denne dobbeltrollen finner vi også igjen i vår studie:

Jeg føler at hvis jeg forteller noe så blir det brukt mot meg i neste omgang, jeg kan ikke stole på dem, for plutselig vet mamma alt jeg her sagt. (Ungdom)

Tilsvarende erfaringer ble også referert til både i forhold til Abup og barnevernet.

Jeg ble bedt om å snakke åpent om mitt liv til de på Abup, men jeg følte at de er ikke interessert i å høre hvordan jeg har det, men for å grave for å se om de kunne sette en diagnose. De har gitt meg flere diagnoser. På Abup føler jeg at alt skal graves i, og jeg føler at de har gått bak min rygg og tatt avgjørelser over mitt hode. Så når jeg har fått plasser her og der har jeg bare måtte godta. (Ungdom)

Felles for mange av ungdommene vi intervjuet er altså at medvirkning har blitt ivaretatt i den forstand at de har en følelse av at de har blitt hørt, men samtidig opplever de at de ikke har noen reell innflytelse på saken sin.

3.12.3 Oppsummering – ungdommenes erfaringer med brukermedvirkning

Flere av ungdommene la vekt på at gode erfaringer i hjelpeapparatet handlet om prosesser der de selv var motivert for endring, men også at de selv kunne være med å påvirke prosessen. Med dagens uttalte fokus på brukermedvirkning, som også er sentralt i et rettighetsperspektiv (Bessel, 2011), er det positivt at flere av ungdommene som har vært i kontakt med Akuttprosjektet rapporterer om brukermedvirkning, og at de føler seg hørt. I tilbakemeldingene fra ungdommene er muligheten for å kunne velge selv innenfor visse rammer noe som gjennomgående er vurdert positivt. For eksempel forteller ungdommene at det oppleves som positivt bare det å få mulighet til å velge hvor mye en vil fortelle i den enkelte situasjon, eller kunne ytre ønske om hvilken behandler de helst vil snakke med. Det å

ha en god relasjon kan bidra til større grad av medvirkning da dette gjør at det blir lettere å stille spørsmål og ytre sine meninger. På den andre siden kan det å oppleve en medvirkningsprosess hvor man blir tatt på alvor, respektert og anerkjent bidra til å bedre relasjonen. Sånn sett kan medvirkning og en god relasjon være gjensidig forsterkende ved at medvirkning bidrar til en god relasjon og en god relasjon bidrar til medvirkning (Bessell 2011; Paulsen 2016). Flere av ungdommene hadde naturlig nok også kritiske bemerkninger knyttet til brukermedvirkning. Flere av ungdommene fortalte at de ikke følte seg hørt i prosessen, og flere mente at barnevernet hadde «gått bak ryggen» deres. Dette handlet i stor grad om at de ikke fikk nok informasjon om prosessen de var en del av. I tråd med Vis (2014) var det flere av ungdommene som påpekte at de hadde vært til stede og også blitt spurt om hva de mente, uten at de opplevde å ha noe innflytelse på den videre prosessen.

3.13 Foreldres erfaringer med brukermedvirkning

Prinsippet om foreldres medvirkning innenfor barnevernet er ikke fremhevet i barnevernloven, men foreldre/foresatte har likevel rett til å involveres i saksbehandlingen, og det er et krav at tiltak skal utformes i samråd med foreldrene (Oppedal 2007). Ved foreldre/foresattes rett til medvirkning innen psykisk helsevern for barn og unge legges det generelt vekt på nært samarbeid med foresatte. Rettighetene reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven, med rett til innsynsrett i journal om barnet er under 16 år, og rett til å vite at ungdommen går i behandling og motta informasjon når ungdommen er mellom 16 og 18 år (§3.3). Foreldre kan i utgangspunktet ikke kontaktes uten at ungdommen har gitt samtykke til det¹⁶.

3.13.1 Positive erfaringer med brukermedvirkning

Informantene i vårt materiale forteller at de i stor grad ble hørt, samtidig som de rapporterer om begrenset medvirkning knyttet til behandlingsopplegg. Sitatet under fra en av foreldrene som hadde erfaringer både med barnevernet og St. Hansgården er illustrerende i så måte:

Vi var med på veldig mange møter. De hadde sikkert møter seg imellom også, men vi var med på veldig mye. Vi kunne ikke mene noe om behandlingsplass, men vi har blitt veldig godt oppdatert både av BV og av St. Hansgården på hvordan det går. Vi synes det er veldig positivt. De spør hva vi synes om tingene og er veldig gode til å følge opp på telefonen og i det hele tatt. (Forelder)

3.13.2 Hva kunne vært gjort annerledes

Flere av foreldrene forteller at de har vært med på møter og at de har fått god informasjon og oppdatering. De fleste foreldrene har heller ikke spesielle ønsker om å mene så mye om behandlingsopplegget, de foretrekker å overlate dette til fagfolk. Det er ofte mindre detaljer

¹⁶ Unntaket er om det er vesentlig fare for liv og alvorlig skade for ungdommens helse, og om informasjon er nødvendig for at foreldre skal kunne oppfylle foreldreansvaret.

som trekkes fram av foreldrene når de føler at de ikke har blitt hørt, som illustrert i sitatet under:

Når jeg har snakket med dem, så har de lyttet til det jeg har sagt, de har tatt hensyn til noe, men ikke alt jeg kunne ønske. For eksempel har de ikke tatt hensyn til å ikke avtale møte med ungene på skolen når de har viktige timer. Skolen er liksom ungenes jobb så det kunne de tatt hensyn til. (Forelder)

Andre foreldre hadde kommentarer som gikk på rutine rundt samtalen knyttet til den akutte hendelsen:

Ja, jeg føler at alle ble hørt, men det er det med enesamtaler. Når de skal vurdere akuttsituasjonen må det være lov å ta begge foreldre til side og spørre dem om situasjonen, også uten at det journalføres. Poenget er at det er en akutt situasjon som skal vurderes der og da, og for å få fram alle synspunkter bør begge foreldre ha mulighet til å snakke på enerom. (Forelder)

Med et tydelig fokus på barn og unges rett til medvirkning er det også noen av foreldrene som mener ungdommenes synspunkter blir tillagt *for stor* vekt. Flere av foreldrene pekte på viktigheten av at man hører på både foreldre og barn for å få et helhetlig bilde av akutfasen:

Man kan ikke bare høre blindt på en ungdom, man må høre på foreldrene også, for en ungdom midt i puberteten og med masse følelser ... skal du ta alt de sier på alvor så kan det bli helt feil. Men myndighetene de hører mer på barn og ungdom enn på eldre, og da blir det bekymringsmeldinger. Det kan bli mye rart. For de unge kan bruke det [at de skal høres] mot oss. Og så blir de lovet gull og grønne skoger, men så blir det ikke helt slik. (Forelder)

Dette siste sitatet illustrerer godt hvordan det råder ulike oppfatninger av brukermedvirkning avhengig av hvem sitt perspektiv man legger til grunn. Dataene presentert ovenfor viser videre hvor utfordrende det kan være å ivareta god brukermedvirkning for alle parter, og i særlig grad når temaet handler om barn og unges psykiske helse og bekymring for omsorgssvikt.

3.13.3 Oppsummering – foreldres erfaringer med brukermedvirkning

Sandbæk (2000) er en av dem som har studert foreldres relasjon til barnevernet. Hun understreker at foreldrene la vekt på om de fikk reell innflytelse over utviklingen av hjelpetilbud til barna, eller om de opplevde avmakt. Et lignende skille kom til uttrykk i vårt materiale. Informantene i vårt materiale forteller at de i stor grad ble hørt, samtidig som de rapporterer om begrenset medvirkning knyttet til behandlingsopplegget. Flere av foreldrene forteller at de har vært med på møter og at de har fått god informasjon og oppdatering. Med få unntak har heller ikke foreldrene i vårt materiale spesielle ønsker om å påvirke selve behandlingsopplegget, men overlater utformingen av dette til fagfolk. Det er ofte små detaljer som trekkes frem av foreldrene når de føler at de ikke har blitt hørt, som sted og tidspunkt for avtaler med barna, eller praksis for samtaler knyttet til akuttsituasjonen.

4 Oppsummering, diskusjon og anbefalinger

Målet for Akuttprosjektet har vært å utvikle en koordinert og behovstilpasset tjeneste til barn, ungdom og familier i krise – en tverretattlig akuttjeneste der barnevern og psykisk helsevern samarbeider om de komplekse og sammensatte sakene der det er behov for kompetanse fra begge fagområdene. Evalueringen viser at Akuttprosjektet gjennom organisatoriske, administrative og faglige tiltak i stor grad har lyktes med å etablere en felles samarbeidsplattform som har bidratt til et mer koordinert og behovsorientert tjenestetilbud for målgruppen.

Fritak fra taushetsplikten er grunnleggende for denne samarbeidsmodellen, og har åpnet opp for en annen start på saken på flere måter. Evalueringen viser at de ansatte legger vekt på at informasjon kan deles mellom akuttenehetene, saken blir bedre belyst og på et tidligere tidspunkt, man rykker ut sammen i krisesituasjonen, man får inn flere perspektiv og vurderinger, noe som gir økt tverrfaglighet – også når det gjelder hjelpetiltak, og man avklarer raskere hvilke tjenester som skal ta saken videre. Alt dette er momenter som gir bedre koordinering og som øker sjansene for "rett behandling, på rett sted og til rett tid". De ansatte la vekt på nytteverdien og effektiviteten som modellen bidrog til i akuttarbeidet, samt trygghet for at man fikk med seg viktig informasjon i saken. Flere opplevde også at man fremsto som en mer enhetlig hjelpeinstans. Videre at modellen ga rom for å være mer fleksibel og løsningsorientert i arbeidet. Man har samarbeidet før, men samarbeidet har i mye større grad vært avhengig av enkeltpersoner. Nå er det satt i system. En del ansatte, særlig eldre og mer erfarne, har også tidligere tolket taushetsplikten ganske vidt, men ved et formelt unntak slipper man å gruble over hvor langt den strekker seg. Man slipper også situasjoner der tjenester "skyver taushetsplikten foran seg" fordi man er usikker på om man kan bidra inn i saken.

Akuttprosjektets tiltak for å få etablert en felles samarbeidsplattform var å ringe hverandre ved alle akutte henvendelser, hospitering, og kompetanseheving gjennom felles fagdager. Prosjektledelsen vurderte det som grunnleggende viktig at ansatte og ledelse ved de ulike enhetene ble godt kjent for å kunne samarbeide godt. Dette har prosjektet også lyktes godt med. I så måte har de ulike tiltakene i Akuttprosjektet bidratt litt ulikt. Innføring av obligatorisk ringerutine ved akutte henvendelser har vært særlig viktig for å få opp mengden felles saker. Når barnevern og psykisk helsevern drøfter og avklarer hjelpebehovet på denne måten sjekkes sakenes omfang og problematikk bedre ut, noe som også bidrar til bedre sikring av rettigheter som bruker. Tjenesten blir mer brukerorientert.

Samarbeidsplattformen skulle også være en faglig plattform der man skulle være forent om faglige tilnæringsmetoder ved akuttintervenering. Kompetanseheving gjennom felles fagdager har vært et viktig bindeledd mellom de to fagfeltene i så måte, og synes i stor grad å ha bidratt til felles forståelse av hva tverretattlig akuttjeneste innebærer, og hvordan man skal

jobbe med felles saker. Evalueringen tyder likevel på behov for mer felles fagutvikling blant de ansatte, og først og fremst knyttet til konkret gjennomgang og evaluering av samarbeidssaker i etterkant av akuttfasen.

Evalueringen viser at tjenesteapparatets oppfølging etter akuttfasen ble særlig utfordret av diskontinuitet mellom barnevernvakta og (resten av) barneverntjenesten. Det var tidlig bevissthet om dette problemet, og ingen stor uenighet og motstand mot de tillempninger som etter hvert ble gjort ved at barnevernvakten skulle holde på saken i inntil ei uke. For øvrig er det en viktig effekt av Akuttprosjektet, når det gjelder videre koordinert oppfølging av brukerne, at psykisk helsevern ved AAE (og også Abup generelt) samarbeider tettere med St. Hansgården om ungdommer som er plassert der. Dette har hatt positive ringvirkninger både for saker som kommer inn under Akuttprosjektet, og andre saker.

St. Hansgården ville vært en mer sentral aktør dersom «Hjemme hos»-tiltaket hadde blitt brukt i større grad enn det som var tilfelle. Denne type mestringstiltak med fokus på å støtte opp rundt nettverket til barnet, og foreldres mestring er samtidig noe AAE og BVV stadig videreutvikler som del av samarbeidet rundt brukerne. «Hjemme-hos»-tiltaket og foreldremestrende tiltak generelt representerer forøvrig et alternativ til plassering, og kan sånn sett betegnes som et prinsipielt virkemiddel i Akuttprosjektets visjon om å bidra til å unngå tradisjonell plassering i institusjon eller beredskapshjem. Mens statistikken antyder nedgang i antallet plasseringer, fant evalueringen ingen tydelig endring i henvisninger til psykisk helsevern. Her påpekes imidlertid kompliserte sammenhenger med flere faktorer som virker inn.

Evalueringen viser at brukerne jevnt over er fornøyd med den hjelpen og oppfølgingen de har fått i kontakten med akuttjenesten. Det varierer naturlig nok hvor fornøyd man er med ulike faser av forløpet. Foreldre var gjennomgående mer fornøyde enn ungdommene, noe som gjelder både opplevelsen av akuttfasen og oppfølgingen etterpå. Et gjennomgående trekk er at brukere som er fornøyde med tjenestetilbudet i sterkere grad føler seg hørt, respektert og godt ivaretatt. Evalueringen tyder på at ungdommene satte pris på god koordinering i den forstand at tjenestene hadde oversikt over situasjonen til ungdommen, slik at han eller hun slapp å gjenta sin historie.

Akuttprosjektet er over, men i tillegg til det man har oppnådd gjennom prosjektperioden, er det nå et mye bedre grunnlag for samarbeid både på ledernivå og mellom ansatte som kan utnyttes i videre organisasjonsutvikling, og tilrettelegging for en koordinert og behovsorientert akuttjeneste.

4.1 Tverretattlig akuttjeneste - et viktig nasjonalt pilotprosjekt

Innledningsvis i rapporten pekte vi på Akuttprosjektet svarer på helsepolitiske målsetninger nasjonalt, og forskning som viser et fragmentert tjenestetilbud og for lite samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – og derfor et behov for å utvikle et mer helhetlig og

brukerorientert tjenestetilbud gjennom samarbeid og koordinering mellom de to sektorene. Et kritisk moment er at barn og unge som mottar barneverntiltak har større forekomst av psykiske problemer enn andre barn men samtidig dårligere tilgang til psykisk helsehjelp enn andre barn (Kayed et al., 2015). Felles tverretatlig akuttjeneste i Kristiansand svarer på Flatøutvalgets henstilling om å prøve ut felles modeller mellom barnevern og psykisk helsevern (NOU 2009:22), og modellen svarer på problemet med dårligere tilgang til psykisk helsehjelp for barn som har barnevernstiltak.

Det styrker Kristiansandsmodellen, og videreføring av den, at erfaringene er i tråd med resultater fra internasjonal forskning som viser at mer tverretatlig koordinering mellom barnevernstjenester og psykisk helsetjeneste, blant annet gjennom mer informasjonsdeling på tvers, og ved å samarbeide om sakene, både fører til bedre tilgjengelighet og et bedre tjenestetilbud for brukerne (Bai et al., 2009). Innledningsvis i rapporten gjennomgikk vi forskning som har vurdert hvilke faktorer som generelt hemmer og fremmer samhandling og koordinering mellom ulike hjelpetjenester (jf kap. 1.5.2). Oppsummert dreier dette seg om ulike juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige strukturer (Tobon et al., 2015), noe som også bekreftes i nasjonale studier og oppsummeringer (Fossum et al., 2014; Andersson et al., 2005). I Akuttprosjektet har man løst de juridiske utfordringene knyttet til taushetsplikten. Modellen lar seg ellers ikke realisere på en effektiv måte når det sentrale er at man skal rykke ut sammen i den akutte krisen.

Akuttprosjektet utgjør et viktig pilotprosjekt for en samordnet akuttjeneste mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Erfaringer fra utprøving av modellen er av både nasjonal og internasjonal interesse. I forbindelse med videreføring i regionen og eventuelt andre steder kan det være nyttig å vurdere nye tiltak opp mot Akuttprosjektets erfaringer.

Basert på evalueringen vil vi i det følgende gi anbefalinger for videre implementering av tverretatlig akuttjeneste i Kristiansandsregionen, og eventuelt nye initiativ andre steder i landet. Anbefalingene dreier seg om tiltak for å oppnå det som er hovedmålet med modellen, nemlig et helhetlig tjenestetilbud med god koordinering mellom tjenesteutvørerne og stor grad av brukerorientering/involvering.

4.2 Anbefalinger for (videre) implementering av en tverretatlig akuttjeneste

Akuttprosjektet ble avsluttet i mai 2016. Samtidig ble søknad om videreføring av unntak fra lovbestemt taushetsplikt og inklusjon av flere kommuner innvilget. Etter planen går man fra 1. januar 2017 over i en ny fase ved at de fire resterende kommunene i Kristiansandsregionen innlemmes i den tverretatlige akuttjenesten. Dette innebærer at BVV og AAE jobber på samme måten som de har gjort i Akuttprosjektet, men da overfor brukere i hele regionen. I tillegg til Kristiansand vil det si kommunene Søgne, Songdalen, Birkenes og Lillesand. Akuttkjeden i tjenestetilbudet opprettholdes med barneverntjenesten i Kristiansand kommune,

akuttambulansetjeneste i ABUP Sørlandet Sykehus og Akuttinstitusjonen St. Hansgården i BUFetat.

4.2.1 Tiltak for god koordinering i akuttfasen

Evalueringen viser at Akuttprosjektet gjennom ulike tiltak har lyktes med å etablere en felles samarbeidsplattform. Dette har blitt realisert gjennom obligatorisk ringerutine, hospitering, og kompetanseheving gjennom felles fagdager og seminarer. Ved implementering i hele regionen er vår vurdering at det vil være hensiktsmessig å utvikle varianter av disse tiltakene.

Evalueringen viser at obligatorisk ringerutine ved alle akutte henvendelser har vært et helt sentralt virkemiddel som har bidratt til god koordinering i selve akuttfasen. Gjennom ringerutinen oppnås drøfting og rask avklaring av saker. En obligatorisk rutine var dessuten helt nødvendig for å få opp mengden felles saker i Akuttprosjektet. Det vil være behov for å opprettholde dette trykket.

- Det anbefales at man i fortsettelsen beholder ringerutinen i felles akuttjeneste. Eventuelt kan man vurdere en viss siling slik at man ikke tar kontakt ved absolutt alle akutte henvendelser, men at det gjøres avgrensninger ut fra noen tydelige kategorier som man kommer fram til i fellesskap.

Samarbeidsplattformen i Akuttprosjektet skulle også utgjøre en «felles faglig plattform ved akuttintervenering». Evalueringen tyder på at man i løpet av prosjektperioden har kommet et godt stykke på vei når det gjelder å være forent om faglige tilnæringsmetoder. Samtidig kom det fram at de ansatte hadde behov for mer fagutvikling knyttet til det akutte arbeidet, eksempelvis være mer forberedt, få til en bedre avslutning etter en felles akutt utrykning, samt gjøre en tydeligere avklaring på hvem som skal følge opp saken videre. Informasjon fra brukerne understreket viktigheten av at ansatte ved begge etater er godt informert og oppdatert på den enkelte sak, særlig i møte med ungdommen, blant annet for å unngå at det gis motstridende signaler om det videre forløpet.

- Det anbefales at det som en rutine i alle samarbeidssaker gjennomføres en evaluering kort tid etter en samarbeidssak med akutt intervensjon. Dette for mer systematisk og kontinuerlig fagutvikling med videreutvikling av felles faglig plattform og gode rutiner generelt i akuttarbeidet (for eksempel knyttet til avklaring av roller, informasjonsutveksling, hvordan møter man brukeren, samtalen etc.) samtidig som en sikrer den enkelte sak.

Akuttprosjektet har utarbeidet et eget rutinehefte som gir nyttig informasjon, og som også omtaler forberedelse og etterarbeid i akuttfasen. Evalueringen tyder på relativt lite påtrykk om å bruke rutineheftet, og at det var lite kjennskap til det blant de ansatte. På den ene siden kan stor vekt på prosedyrer og rutiner oppleves unyttig i et arbeid som krever fleksibilitet og

tilpasning til veldig ulike og akutte situasjoner og problemer. På den annen side kan det bidra til felles forståelse og trygghet.

- Det anbefales at rutiner og prosedyrer utvikles og anvendes i større grad i det akutte arbeidet. En viktig forutsetning er imidlertid at de stadig videreutvikles gjennom diskusjon og revisjon, gjerne i tilknytning til gjennomgang og evaluering av samarbeidssaker i etterkant av akutt kriseintervensjon.

Felles akuttjeneste der barnevern og psykisk helsevern drar ut sammen er noe nytt – det representerer en ny modell som få har hørt om. Evalueringen viser at de ansatte ikke har hatt en ensartet praksis når det gjelder å informere om at begge tjenestene er tilstede når de møter brukerne i den akutte situasjonen. Brukere som er fornøyde understreker viktigheten av informasjon om Akuttprosjektet og de ulike etatene som er representert, tilgjengelige tilbud, kontaktinformasjon og muligheter for bistand, samt konkrete råd om hvordan man skal forholde seg i den akutte fase. Det er viktig at denne praksisen med å gi adekvat og konkret informasjon til foreldre og ungdom i akutt fase videreføres og om mulig formaliseres i det videre arbeidet.

- Det anbefales at brukerne alltid informeres og orienteres om hvilke tjenester som møter dem og hvilke tilbud som er aktuelle og tilgjengelige, herunder tilbudet ved St. Hansgården. Videre at brukerne alltid får en kontaktperson og et telefonnummer de kan ringe til dersom de har behov for det. Ettersom det i en akutt krisesituasjon ikke alltid vil være tid eller rom for slik orientering kan et alternativ være en informasjonsbrosjyre som deles ut, slik at brukerne kan orientere seg i etterkant.

Brukerundersøkelsen viser at spesielt ungdom trenger mer direkte, tydelig og konkret informasjon om muligheter (for eksempel knyttet til bosted), samt hvilke typer av tiltak som er realistisk innen angitte tidsrammer. Videre viser tilbakemeldingene at ungdom i akutt fase ikke alltid forstår implikasjonene av å samtykke til videreformidling av informasjon.

- Det anbefales at man i det videre arbeidet fokuserer på hvordan informasjonsflyten til ungdom kan konkretiseres og forbedres, for slik å sikre ungdom best mulig forutsigbarhet i det videre forløpet.

4.2.2 Tiltak for å sikre koordinering etter akuttfasen

En god oppfølging etter akuttfasen ble utfordret av gjeldende rutiner for overføring av sak fra barnevernvakta og til barneverntjenesten. Dette kan ikke bare betraktes som et internt anliggende i barnevernet ettersom det påvirket flyten i samarbeidet totalt sett i felles akuttjeneste når saker stoppet opp i overgangen fra BVV til ungdomsavdelingen. Det er fremdeles uvisst om tillem্পningene som ble gjort ved at BVV skulle holde på saken i inntil ei uke (mot tidligere ett døgn) er tilstrekkelige. AAE og BVV har fremdeles ulik tidsperiode i sitt akuttarbeid (AAE inntil to uker, men med fleksibilitet til å jobbe enda lengre). I et lengre

perspektiv kan ulik varighet av akutfase være uheldig ved at ulike rutiner kan bidra til ubalanse i forholdet mellom de to tjenesteområdene, for eksempel ved at AAE opplever at de yter mer enn barnevernet når det gjelder å opprettholde kontinuiteten i sakene. Problemstillingen ble nevnt av enkelte ansatte, og selv om holdningen ikke virket utbredt, bør man være oppmerksom på fordelene ved et balansert forhold mellom tjenestene, ikke minst når det gjelder motivasjon. Videre viser funn fra brukerundersøkelsen at saker stopper opp ved overføring for eksempel til ungdomsavdelingen, eller når det skal settes i gang ny type behandling (for eksempel ved overføring fra en etat til en annen).

- Det anbefales at behovet for (ytterlige) organisatoriske/ administrative tilpasninger vurderes. Dette gjelder både ved overgangen mellom BVV og barnevernstjenesten forøvrig og mellom BVV og AAE når det gjelder tidsperioden satt av til akuttarbeidet, samt overføring av saker for videre oppfølging.

Ser vi bort fra punktene over viser brukerundersøkelsen for øvrig at foreldrene i stor grad er fornøyde med oppfølgingen etter akutt fase. Ungdommene etterlyser derimot mer informasjon om sin sak enten det gjelder rent praktisk informasjon om for eksempel avtaleendring, hva som skal skje etter korttidsopphold ved St. Hansgården, eller informasjon om omsorgsovertagelse.

- Det anbefales å utvikle rutiner for å sørge for at ungdommene får informasjon om sin sak under *hele* forløpet (se for øvrig samme punkt under akutt fase). Det bør vises varsomhet med å skape forventninger hos ungdom (for eksempel ny type behandling, skifte av behandler/kontaktperson eller omsorgsovertakelse, etc.) på vegne av den andre etaten, med mindre videre forløp er avklart.

En god relasjon mellom ungdom/familie og behandler/kontaktperson er en viktig suksessfaktor for et vellykket forløp. Ungdommer som er fornøyd med behandlingen understreker betydning av kvalitet og kontinuitet i relasjon til behandler, samt at et begrenset antall personer er involvert i saken.

- Man bør fortsette arbeidet med å etterstrebe fleksible løsninger (mellom etatene) for å sikre kontinuitet i behandlingsforløpet samt ivaretagelse av gode relasjoner/god kjemi mellom behandler og ungdom.

Evalueringen viser at «Hjemme hos»-tiltaket av ulike årsaker har vært lite brukt i Akuttprosjektet. Det er lite som tyder på at man kommer til å øke bruken av dette tiltaket i regi av St. Hansgården spesifikt ettersom prosjektenhetene generelt sett legger vekt på å øke kompetansen og anvende denne type mestringstiltak og nettverksarbeid i felles akuttjeneste. Dette er tiltak som skal bidra til at man unngår plassering/innleggelse. Hva som er strategien videre når det gjelder arbeid og tiltak for økt foreldremestring bør tydeliggjøres slik at alle prosjektenheter er oppmerksom på dette. St. Hansgården har ønske om å brukes i større grad i den akutte fasen.

- Det bør utvikles en strategi når det gjelder videre arbeid og kompetanseutvikling knyttet til økt foreldremestring og nettverksarbeid, herunder bruk av St. Hansgården kompetanse og «Hjemme hos»-tiltak.

Akuttprosjektet har bidratt til at psykisk helsevern for barn og unge samarbeider tettere med St. Hansgården om ungdommer som er plassert der, noe som gir en mer koordinert oppfølging. Fagfolk fra psykisk helsevern bidrar både når det gjelder direkte klientarbeid, utvikling av behandlingsplaner i samarbeid med St. Hansgården og veiledning av de ansatte. Evalueringen viser at brukere ved St. Hansgården hadde gode erfaringer med behandlingen som de fikk, både av ansatte der og av behandlere fra Abup. I likhet med St. Hansgården har også ungdomsavdeling fått lettere tilgang til å involvere psykisk helsevern når de har ungdommer med psykisk helseproblematikk. Dette er basert på forpliktelsen som enhetene i felles akuttjeneste har overfor hverandre. Samarbeidet er i mindre grad et individuelt anliggende, men satt i system.

- Det bør jobbes målrettet for å opprettholde og videreutvikle godt samarbeid mellom behandlere ved psykisk helsevern for barn og unge og henholdsvis St. Hansgården og ungdomsavdelingen.

Evalueringen drøfter hvorvidt felles akuttjeneste har bidratt til målet om alternative og felles løsninger i krise-/akuttsituasjon enn tradisjonell plassering i institusjon. Her er det for tidlig å konkludere. Målsettingen er opprettholdt i søknaden om videreføring og utvidelse av felles akuttjeneste. Det er realistisk at felles akuttjeneste, etter hvert som det blir et enda større volum av samarbeidssaker, vil gjøre utslag på statistikken for barnevernsplasseringer og henvisninger til psykisk helsevern. I disse vurderingene må det tas hensyn til både det å holde plasseringer og innleggelsestall lave, og samtidig være oppmerksom på at barn med tiltak i barnevernet generelt både har dårligere psykisk helse og dårligere tilgang til psykisk helsehjelp enn andre barn. Inntrykket fra evalueringen er at det har vært relativt lite oppmerksomhet omkring målet om alternative løsninger. Målet bør tydeliggjøres for prosjektenhetene i fortsettelsen.

- Det bør utvikles en tydelig strategi for hvordan felles akuttjeneste kan bidra til målet om alternative løsninger enn tradisjonell plassering i institusjon.

4.2.3 Tiltak for brukerorientering/brukermedvirkning

I datamaterialet med ungdommene understrekes viktigheten av brukermedvirkning. Det å bli informert om mulige valg, det å få meddele sine behov og eventuelt ha en mening om behandlingsforløpet trekkes frem som positivt. Ungdommene legger også vekt på relativt enkle grep knyttet til brukermedvirkning som at de for eksempel blir informert om at de selv kan bestemme hvor mye de vil snakke, hva de vil si noe om, hvorvidt de vil si noe i fellesmøter, osv.

- Det bør sikres at etablerte gode praksiser med brukermedvirkning for ungdom systematiseres/konkretiseres og videreføres.

Det er videre flere forhold knyttet til behandlingsforløpet ungdommen ikke kan ha reell innflytelse over (for eksempel faglige vurdering knyttet til behandling). Det er likevel viktig at ungdom blir gjort oppmerksom på dette, og at de blir forklart hvorfor de evt. ikke kan få iverksatt de tiltak de ønsker (for eksempel flytte på hybel). Det er videre viktig at ungdom blir informert om at brukermedvirkning ikke betyr det samme som at de kan bestemme over eget forløp, men at de kan ha adekvate meninger om sin egen situasjon.

- Det bør informeres tydelig om hvilke områder ungdommene kan ha reell brukermedvirkning på og ikke.

Foreldrene setter pris på god og fyldig informasjon om ungdommens behandlingssituasjon, samt planer for prosessen videre. Det fremstår som positivt at foreldre har medvirkning selv om de ikke alltid kan ha medbestemmelse. Denne praksisen bør derfor videreføres. Foreldrene er i stor grad fornøyde med dagens praksis knyttet til brukermedvirkning. Samtidig kan praksisen forbedres ved hjelp av enkle grep som å sikre brukermedvirkning knyttet til avtaletidspunkt og sted, behov for enesamtaler og grundig informasjon om mulige behandlingsforløp.

4.2.4 Implementering og prosjektledelse

Akuttprosjektet har foregått innenfor tjenestenes ordinære virksomhet. Prosjektenhetene har det samme oppdraget og mandatet ved akutte krisehenvendelser. Den viktigste forskjellen er at det gjennomføres sammen med annen tjeneste. Dette har sine fordeler ved at overgangen fra prosjekt til ordinær tjeneste blir liten, først og fremst ved at alle ansatte har deltatt, og er kjent med målene og virkemidlene. Ettersom prosjektet allerede er gjennomført innafor ordinær virksomhet er det i stor grad kjent i prosjektledelsen og styringsgruppen hva man bør være oppmerksom på i fortsettelsen. Samtidig må man være oppmerksom på ulike systemer og kulturer i de nye kommunene, som kan gi nye utfordringer. Akuttprosjektet valgte å ha en delt prosjektledelse – en fra barnevernvakten og en fra akutt ambulant enhet. Dette har trolig bidratt positivt ved at man har hatt et eierforhold til prosjektet i begge sektorene. Lurie og Tjelflaat (2009) viser i sin oppsummering av samarbeid og samordningstiltak mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge at det er en utfordring å videreføre resultater og tiltak etter en forsøksperiode, og særlig på grunn av mangel på deltakelse og oppslutning fra psykisk helsevern for barn og unge. Dette understreker behovet for at lederskapet deles mellom barnevern og psykisk helsevern. Et annet moment som kan vurderes er om man i forlengelsen og utvidelsen av felles akuttjeneste fortsatt skal ha egen prosjektledelse, eller om ansvaret bør være hos lederne for de operative akuttenehetene, i dette konkrete tilfellet henholdsvis barnevernvakten i Kristiansand og akutt ambulant enhet ved psykisk helsevern for barn og unge.

5 Litteratur

Adair, C.E., McDougall, G.M., Mitton, C., Joyce, A., Cameron, T.W, Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmeny, G. & Beckie, A. (2005). History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services*, 54 (9):1351–6.

Aadnesen, B. N, Hærem, E. & Delås, G. M. (2014). Informasjonsinnhenting. I: Aadnesen, B. N. og Hærem, E. (red.): Barnevernets undersøkelser. Oslo: Universitetsforlaget.

Aamodt, L. G. (2011) Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis. Oslo: Gyldendal.

Andersson, H.W. (2009). Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF A9714.

Andersson, H. W. (red). Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge. Rapport 3/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Andersson, H., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. & Ådnes, M. (2005). Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. Rapport 3/05.

Andersson, H.W. & Ådnes, M. (2005). Faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet om barn og unge. I Andersson, H. W. (red). Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge. Rapport 3/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Andersson, H. W., Ose, S. O. & Sitter, M. (2005). Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. SINTEF rapport.

Backe-Hansen, E. (2004). God nok omsorg. Riktige beslutninger i barnevernet. Oslo: Kommuneforlaget.

Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M.M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 33, 372–381. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.004>

Bakketeig, E. & Bergan, T.L. (2013). Om ungdoms medvirkning ved plassering i fosterhjem. I Backe-Hansen, E., Havik, T. og Grønningsæter, A.B. (red.), *Fosterhjem for barns behov. Rapport fra et fireårig forskningsprogram (Vol. 16/13, s. 85-107)*.

Baugerud, G.A. & A. Melinder, (2012). “Maltreated children`s memory of stressful removals from their biological parents”, *Applied cognitive psychology*, 26(2): 261-270.

Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2016.

Berg, B. (2005) En stein i elva. Evaluering av et kvalifiseringsprosjekt for ungdom med minoritetsbakgrunn. Rapport. SINTEF, Trondheim.

Berg, B. & Ask, T.A. (2011). Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid. Oslo: Universitetsforlaget

Bessel, S. (2011) Participation in decision-making in out-of-home care in Australia: What do young people say? *Children and Youth Services Review*, 33(4): 469-501.

Binder, P.E., Holgersen, H. & G.H. Nilsen (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (4): 250-256.

Bijleveld, G. G., Dedding, C. W., & Bunders-Aelen, J. F. (2013). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: a state-of-the-art review. *Child & family social work*, 20(2), 129-138.

Bjertnæs ØA, Garratt A, Helgeland J, Holmboe O, Dahle K, Hanssen-Bauer K, Røttingen J. Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Vitenskapelig artikkel – 2008. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;128(9):1041-5..

Brataas H.V., Hermann, R.. (2003) Pasientundervisning og veiledning. I: Brataas H, Steen-Olsen T. *Kvalitet i samspill*. Kristiansand: Høgskoleforlaget (66 – 81).

Bredal, A. (2009). ”Barnevernet og minoritetsjenters opprør: Mellom det generelle og det spesielle”. I: K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa og H. Vike (red.). *Over profesjonelle barrierer: Et minoritetsperspektiv på psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal.

Bunkholdt, V. & I. Kvaran (2015) *Kunnskap og kompetanse i Barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal.

Burns, T., Catty, J., Clement, S., Harvey, K., Rees Jones, I., McLaren, S., Rose, D., White, S. & Wykes, T. (2007). *Experiences of Continuity of Care and Health and Social Outcomes: The ECHO Study. Final Report to the National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation*.

Burns, B.J., Phillips, S.D. Wager, R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., Landsver, J. (2004). *Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey*. *Child Welfare act (section 6-3)*. doi:10.1097/01.chi.0000127590.95585.65

Christiansen, Ø. (2015) *Hjelpetiltak i barnevernet – en kunnskapsstatus*. Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).

Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L., Pink, G. (2006). Does Systems Integration Affect Continuity of Mental Health Care? *Adm Policy of Mental Health and Mental Health Services Res*, 33:705-717.

Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.

Ennew, J. (ed.) *The Right to be properly researched. How to do rights-based scientific research with children*. Bankol; Knowing Children. Publication division. Black on White Publication.

Falck, S. & Vorland, N. (2009). *Problemer har ikke kontortid. Akuttberedskapen i barnevernet*. NOVA Rapport 5/09.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325.

Forløpsgruppe Psykisk helse (2009). *Forløpsgruppe på psykisk helse. Rapport avgitt 29. mai 2009 i forbindelse med forberedelse til samhandlingsreformen*.

- Fossum, S., Lauritzen, C. & Vis, S.A. (2014). Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt. RKBU Nord. Universitetet i Tromsø.
- Fylkesnes, M.K. & M. Netland (2012) God praksis i møte med etniske minoritetsfamilier i barnevernet: saksbehandleres og foreldres erfaringer. Tidsskriftet Norges Barnevern nr 4, s221-236.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children & Society*, 26 (1), 74-85.
- Gjertsen, H. & Lichtwarck, W. (2013) Evaluering av det interkommunale Ytre Helgeland. NF-notat nr. 1005/2013. Bodø: Nordlandsforskning AS.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327:1219–21.
- Hall, S. & S. Slembrouck (2001) Parents participation in social work meetings: The case proetction conferences. *European Journal of Social Work*, 4 (2): 143-160
- Haugen, G. M. D., M. Hedlund & C. Wendelborg (2012) «Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga». *Om helsebelastning, sårbarhet og forebygging i familier med barn med funksjonsnedsettelse*. Rapport, NTNU Samfunnsforskning.
- Haugen, G.M.D. & V. Paulsen (2012) Foreldre og barns erfaringer i møte med barneverntjenesten i Trondheim kommune. Rapport, NTNU Samfunnsforskning.
- Helsedirektoratet (2016). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015. IS-2456
- Helsedirektoratet (2012). Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester for psykisk helsevern for barn og unge (Rapport 5/2012).
- Helsetilsynet (2013). Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014. Psykisk helsevern for barn og unge. Internserien 1/2013
- Helsetilsynet (2012). Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering. Rapport fra Helsetilsynet 2/2012.
- Horverak, S. (2006): Hvordan opplever ungdom å delta i familieråd? et bidrag til arbeidet med barnevernets etikk og diskusjonen om barnevernets rolle i samfunnet.
- Holm-Hansen, J., Haaland, T. & Myrvold, T. (2007). Flerkulturelt barnevern – en kunnskapsoversikt. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ingebretsen, R. & T.B. Nergård (2007) Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpassning av pleie- og omsorgstilbudet. NOVA-rapport 13/07.
- Iversen, A. C., Havik, T., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2008). Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra Barnevernet. *Norges Barnevern*, 1, 3-9.
- James, A. L. (2003) “Squaring the Circle - the Social, Legal and Welfare Organisation of Contact”, s. 133-151. I A. Bainham, B. Lindley, M. Richards, L. Trinder (red.) *Children and Their Families: Contact, Rights and Welfare*. Oxford: Hart.
- Jensen, B.S. (2014) Inndragelse av udsatte børn og unge i socialt arbejde – reell inndragelse eller symbolsk retorik? Phd-afhandling, Aalborg Universitet.

Jones, IR., Ahmed, N., Catty, J. McLaren, S., Rose, D. Wykes, T., Burns, T. (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Social Science & Medicine*, 69, pp. 632-639.

Juul, R. (2010). Barnevernets undersøkelser av bekymringsmeldinger. Diskursive praksisformer og barneperspektiver i den kommunale barneverntjeneste, og konsekvenser i forhold til barna. Doktorgradsavhandling i sosialt arbeid. Trondheim.

Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325.

Kayed, N.S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M. & Wichstrøm, L. (2015). Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapscenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern.

Killén, K. (2004). Svekete. Omsorgssvikt er alles ansvar. Oslo. Kommuneforlaget

Kvale, S (2001): Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Langballe, Å., K. Gamst & M. Jacobsen (2010): Den vanskelige samtalen: barneperspektiv på barnevernarbeid : kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.

Lichtwark, W. & S. Horverak (2003) Et barnevern som når mange barn? –En evaluering av barneverntjenesten i Rana. Norlandsforskning, NF-rapport nr. 15.

Lichtwark, W., Magnussen, T. & I. Fylling (2001) Nyorientering eller stagnasjon – en studie av tiltaksavdeinga i Steinkjer kommune. NF-rapport nr 7/2004.

Lurie, J. (2013). Erfaringer fra en felles døgninstitusjon. Samarbeidsmodell mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. NTNU Samfunnsforskning. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. Rapport nr. 24/2013.

Lurie, J. & Tjelflaat, T. (2009). Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri I Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak. NTNU Samfunnsforskning. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. Rapport nr. 14/2009.

Malterud K. (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Martin, D.J., Garske, J.P. & K.M. Davis (2000) Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and other Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3): 438-450.

Midjo, T. (2010). En studie av samhandlingen mellom foreldre og barnevernarbeidere i barnevernets undersøkelse. Doktorgradsavhandling i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU.

Mitton, C.R., Adair, C.E., McDougall, G.M., Marcoux, G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2005;56(9):1070–6.

Morrow, V. & M. Richards (2010): The Ethics of Social Research with Children. An Overview. *Children and Society*, vol. 10 pp90-105.

Myhrvold, T., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M. & Kvinge, T. (2011). Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. NIBR-rapport 2011:25.

Myrvold, T.M. & M. Helgesen (2009): Kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2009:4.

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF A246.

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

NOU 2009:22. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

Norsk innvandrersforum (2013). Flerkulturelt barnevern? Hvordan fremme dialog mellom barnevernet og etniske minoriteter. Oslo: Norsk innvandrersforum.

Oppedal, M. (2007). Barn og foreldres brukermedvirkning i et juridisk perspektiv. I: Seim, S. og T. Slettebø. Brukermedvirkning i barnevernet. Oslo: Universitetsforlaget.

Paulsen, V. (2016) Ungdommers erfaringer med medvirkning i barnevernet. Fontene Forskning (1/2016):4-15.

Paulsen, V., K. Thorshaug & B. Berg (2014) Møter mellom innvandrere og barnevernet. Kunnskapsstatus. Rapport. NTNU Samfunnsforskning.

Paulsen, V. (2014) Ungdom i risiko. Relasjonsarbeid og medvirkning i barnevernet. Evaluering av Sommerprosjektet i Trondheim kommune. Rapport. NTNU Samfunnsforskning.

Pedersen, P.B., Lilleeng, S.E. & Sitter, M. (2008). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse - supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. SINTEF A6400.

Prosjektdirektiv for Akuttprosjektet, 2014

Riedl, T. (2008). Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP – sett fra en juridisk synsvinkel. I: Barn i Norge 2008. Sårbar og sist i køen. Oslo: Voksne for barn, 2009

Riksrevisjonen (2012). Riksrevisjonens undersøkelse om det kommunale barnevernet og bruken av statlige virkemidler. Dokument 3:15 (2011–2012)

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) ...sammen om psykisk helse....

Samdata/ Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Sandberg, K. (2010) Barns rett til medbestemmelse – et juridisk perspektiv, i Kjørholt, A. T. (red.) Barn som samfunnsborgere – til barnets beste? Oslo: Universitetsforlaget.

Sandbæk, M. (2000) Foreldres vurdering av hjelpetjenesten for barn. Tidsskrift for velferdsforskning. 3(1): 31-44.

Sandbæk, M. (2002). Barn og unges levekår og velferd. Oslo: NOVA.

Slettebø, T. (2008). Foreldres medbestemmelse i barnevernet. Doktoravhandling i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU

Skivenes, M. (2015) Handlingsrommet for barns deltagelse i barnevernssaker. Tidsskrift for velferdsforskning, 18(1):48-60.

- Smith, L. (2008): FNs konvensjon om barnets rettigheter, I: N. Høstmæling, E.S. Kjørholt og K. Sandberg (red.), Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge. Oslo: Universitetsforlaget
- Sandbæk, M. (2002): Barn og unges levekår og velferd- kunnskapsbilder og forskningsbehov. NOVA rapport 1/2002. Oslo: NOVA.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- St.meld. nr. 39 (2001-2002). Oppvekst og levekår for barn og unge i Norge. Barne- og familiedepartementet.
- St. meld nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr 21 (1998 – 99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og helsedepartementet. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Smith, L. (2008). «FNs barnekonvensjon om barnets rettigheter». I N. Høstmæling, E. S. Kjørholt & K. Sandberg (red.). Barnekonvensjonen, barns rettigheter i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Storm, M. (2009) Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal.
- Strandbu, A. (2007): Barns deltakelse og barneperspektivet i familierådsmodellen. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Sweeney, A.C., Rose, D.S., Clement, S., Jichi, F., Jones, I.R., Burns, T., Catty, J., McLaren, S. & Wykes, T. (2012). Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study. BMC Health Services Research, 12(145).
- Söderström, S. (2012). «Kultursensitiv informasjon. Om å søke etter ordenes intensjon og mening». I: B. Berg og T. Ask (red.). Innvandring og funksjonshemming. Oslo: Universitetsforlaget.
- Søyland, A. (2016). Felles akuttjeneste mellom BUP, barnevern og BUFetat. Erfaringer fra utvikling av en samordnet akuttjeneste for barn, ungdom og familier i krise.
- Thagaard, T. (2010) Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 3 utgave. Oslo: Fagbokforlaget.
- Thrana, H. M. (2015) Kjærlighet og sosialt arbeid. En studie av kjærlighetens betydning i barnevernets praksis. Doktoravhandling ved Høgskolen i Lillehammer.
- Tobon, J.I., Reid, G.J., Brown, J.B. (2015). Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives. Community Mental Health Journal. DOI: 10.1007/s10597-015-9873-5
- Thrana, H. M. (2008). Vil jeg bestemme? Om barn og ungdoms medvirkning. Gyldendal akademisk, Oslo.

Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn - ungdom – familier. KS.

Vis, S. A. (2014) Factors that determine children's participation in child welfare decision making. Dr.polit. UiT, Tromsø.

Vis & T. Nigel. (2009). Beyond talking- children`s participation in Norwegian care and Protection cases. European Journal of Social Work. 12 (2).

Ådnanes M. & Steihaug S. (2016). "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. International Journal of Integrated Care,16(3):5. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2435>

Ådnanes, M. & Steihaug, S. (2013). Obstacles to continuity of care in young adult mental health service users' pathways. International Journal of Integrated care. Vol 13. Jul-Sep; URN:NBN:NL:UI:10-1-114739



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no